

CUCU C. IOAN

medicina psihosomatică



DOCTOR ÎN ȘTIINȚE MEDICALE
MEDIC PRIMAR PSIHIATRU

MEDICINA PSIHOSOMATICĂ



București — 1981



**Modest omagiu celor care au contribuit la
formarea mea ca psihiatru:**

Prof. dr. doc. CONSTANȚA ȘTEFĂNESCU-PARHON

Prof. dr. doc. VASILE PREDESCU

Conf. dr. NICOLAE NEICU

Introducere

Medicina sfârșitului secolului al XX-lea este indiscutabil dominată de concepția psihosomatică la fel cum cea de la sfârșitul secolului al XIX-lea era dominată de conceptul modelului fizic de boală și de alte concepții mecanicist-organiciste. Epoca noastră este dominată de concepția materialismului dialectic la fel cum sfârșitul secolului al 19-lea era dominat de concepțiile materialismului mecanicist și de cele pozitivistice.

Ne aflăm, deci, astăzi în plină epocă de dominație a medicinei psihosomatice, epocă în care concepția psihosomatică a pătruns nu numai în domenii cum sînt cele ale psihiatriei, dar și în acela al medicinei considerată tradițional ca somatică. Cu greu mai putem concepe astăzi un tratat de psihiatrie sau de medicină internă fără capitolul privitor la concepția psihosomatică, iar maniera în care sînt astăzi tratate bolile este psihosomatică. Medicina psihosomatică modernă a trecut de mult peste epoca incertitudinilor, a trecut peste epoca sa „eroică” și peste entuziasmul general care cuprinsese deceniile 4 și 5 ale secolului nostru și stă astăzi pe pedestalul meritat al medicinei moderne. Ca orice concepție științifică, nici concepția psihosomatică nu deține adevărul absolut și timpul ne-a dovedit că ea a suferit și suferă mereu revizuiți. Astăzi viziunea medicinei psihosomatice este cu mult mai largă. Abandonînd, în mare parte, conceptele psihanalitice primitive, medicina psihosomatică a trecut și peste linearitatea impusă de cercetările asupra emoției și sistemului nervos vegetativ și se orientează astăzi de o manieră globală, vizînd înțelegerea problematicele psihologice ale bolnavului, a manierei în care psihicul individului este interesat în boală, a relației dintre factorul socio-cultural, psihic și somatic. Actuala concepție psihosomatică modernă a pornit de la lărgirea și revizuirea concepțiilor clasice de stres (atît în înțelesul lor freudian, cît și pavlovian), iar studiile sociologice și transculturale moderne au îmbogățit-o necontenit.

Medicina psihosomatică înglobează astăzi și binecunoscutele reacții somatopsihice de care s-au ocupat și vechii psihiatri, conceptul psihosomatic fiind astfel global.

Vocile nihiliste sau dogmatice au dispărut sau au devenit azi mai afone, așa încît pe drept cuvînt, putem spune că niciodată concepția psihosomatică și medicina psihosomatică nu a avut un teren mai fertil și mai realist de dezvoltare.

Necesitatea viziunii psihosomatice asupra medicinei acestui sfîrșit de secol este enormă. Medicina a suferit deja efectele ultraspecializării și ultratehnicizării, așa încît o reacție umanistă, o reîntoarcere la persoana umană se impunea cu necesitate.

De-a lungul istoriei fiecare societate și-a avut medicina sa, medicină care a corespuns aspirațiilor sociale, nivelului științific și concepțiilor filozofice dominante. În acest context, societatea noastră cere o medicină care să corespundă exigențelor acestei epoci, noilor concepții umanistice. Acesta este motivul pentru care, în condițiile noastre filozofice și sociale medicina psihosomatică a găsit în ultimul timp un teren deosebit de fertil. Trecînd peste epoca unui materialism dogmatic în domeniul științelor, inclusiv al medicinei, epoca de după al 9-lea Congres al P.C.R. a deschis și în țara noastră perspective deosebite pentru progresul științelor. Științe cîndva negate în mod vulgar și-au ocupat astăzi locul cîvenit în viața noastră științifică și un exemplu în acest sens este însăși concepția psihosomatică, concepție care astăzi aplicată de medicii români de pe pozițiile filozofiei noastre cucerește în prezent medicina noastră, medicină care a stat totdeauna pe baze materialiste.

Lucrarea noastră se înscrie în preocupările menționate mai sus și ea vine să umple un gol enorm în literatura noastră de specialitate. Lucrarea se adresează astfel tuturor categoriilor de medici și studenților în medicină, precum și altor grupe de specialiști care lucrează în acest domeniu.

Sînt tratate astfel în cadrul lucrării atît aspectele privind conceptele generale, teoretice, ale medicinei psihosomatice, cît și aspecte speciale, legate de medicina psihosomatică a diferitelor organe și aparate. Oricum, redactarea unei asemenea lucrări a fost pentru noi o sarcină dificilă, sarcină în realizarea căreia am fost încurajați de nobilul scop de a servi astfel medicina românească și de a contribui la o mai bună cunoaștere în acest domeniu, mai ales de către medicii tineri. În acest sens vom fi bucuroși de toate sugestiile și criticile care ni se vor aduce.

1 Medicina psihosomatică: bazele teoretice, obiectiv, teritoriu.

Pentru a-i sublinia și mai mult identitatea aparte (mai ales față de psihanaliză) medicina psihosomatică (PS), este denumită pe drept cuvânt în ultima vreme și medicină psihofiziologică. Ea reprezintă nu atât o specialitate nouă medicală, cât, mai ales, o nouă orientare în cadrul câmpului medical, deși nimeni nu mai poate să nege astăzi existența marilor sindroame psihosomatice.

1. Definiție, noțiuni generale

În cadrul medicinei psihosomatice există două aspecte primordiale. Astfel, există o concepție generală PS privind starea normală și patologică, concepție aplicabilă tuturor specialităților medicale și etapelor relației medic-pacient (inclusiv în terapie și prevenție) și există un domeniu aparte, ce cuprinde boli și sindroame PS, domeniu în care relația psihic-somatic poate fi urmărită, de obicei, cu ușurință (inclusiv experimental) în cadrul etiopatogeniei, formînd marile sindroame psihosomatice (în care s-au făcut, dealtfel, și majoritatea studiilor experimentale, cum ar fi în: HTA, ulcer, colite etc.). În acest caz, boala apare ca urmare a confruntării dintre factorii mediului extern și reacțiile de apărare ale organismului (ereditare sau cîștigate).

Deci, medicina PS este reprezentată de aria bolilor și sindroamelor în care factorul psihic, stresul are rol determinant (fără însă a nega polietologia bolilor psihosomatice).

Concepția psihosomatică, pe de altă parte, este o viziune globală, care repune în valoare importanța personalității omului bolnav și a unității psihosomatice și somatopsihice. În viziunea sa materialist-dialectică concepția PS depășește vechile concepții mecaniciste (care au dominat sfârșitul secolului XIX și începutul secolului XX) ce priveau boala drept un rezultat imediat al leziunii (după formula leziune-simptom), leziunea nefiind primitivă, ci succedînd o tulburare funcțională de lungă durată. Omul bolnav, ca și cel sănătos sînt astfel priviți ca o unitate psihosomatică.

O problemă deosebită, dezbătută în literatura de specialitate, este aceea dacă astăzi se mai poate vorbi în mod separat de reacții somatopsihice și psihosomatice. Se știe că reacțiile somatopsihice au fost studiate cu mult înaintea marilor sindroame psihosomatice, existînd în acest sens o literatură foarte bogată. Dar prin descrierea relației „somato-psihice” se aborda doar o singură latură a relației psihosomatice. În acest sens Kolb subliniază, de exemplu, că tendința de a delimita ca tulburări psihosomatice numai acele expresii mediate de sistemul nervos vegetativ *„nu este în conformitate cu organizarea structurală sau funcțională a organismului”*, motiv pentru care sfera medicinei psihosomatice trebuie lărgită, cuprinzînd, așa cum arată tot Kolb, *„toate tulburările care privesc organe de economie internă, funcțiile instinctuale și imaginea corporală ca un întreg”*. Organele interne sînt astfel controlate de sistemul nervos și feed-back-uri metabolice și hormonale, fiind clar, după opinia autorului sus-citat, să nu se poate crea o graniță între *„tulburările asumate sub imaginea corporală a integrării prin sistemul nervos în contact cu lumea externă și nu se pot delimita bine de personalitate”*. Este absurd, în fond, să vorbim de o medicină psihosomatică și de o medicină somatopsihică, deoarece în cadrul unei viziuni dialectice, din medicina psihosomatică face parte atît reacția somatică la stresul psihic, cît și reacția psihică a bolnavului somatic, ambele aflîndu-se pe teritoriul medicinei psihofiziologice.

În fond, arată Grinker, psihosomatica este un proces care înglobează în totalitate „tranzacția” între mai multe sisteme: somatic, psihic, social și cultural, iar Haynal arată că termenul de PS nu se referă nici la psihologie sau psihopatologie și nici la fiziologie sau fiziopatologie, ci la *„un complex de procese*

între sistemele vii și elaborarea lor socială și culturală". Kolb, pe de altă parte, subliniază și el că în termenii teoriei generale aceste tulburări se referă, în particular, la cele două subsisteme critice prezente la toate ființele vii: funcția organelor care produc energia și cele care traduc informația biologică, dar după același autor, aici este interesat și un al treilea subsistem — subsistemul informațional al creierului.

Concepția psihosomatică ne apare astfel ca o concepție globală, o concepție care pune, în cadrul patologiei, problema unității dintre psihic și somatic, concepție care înseamnă, în primul rând, o revalorizare a personalității bolnavului și a importanței componentei psihice în cadrul bolilor.

2. Istoric

Ideea legăturii dintre viața psihică și cea somatică, cu corespondentul ei medical — boala, este o veche observație medicală. Hipocrate considera deja boala ca pe un proces care interesează organismul în întregime, boala psihică fiind considerată ca o boală a creierului.

Așa cum am văzut mai sus, ipoteza de bază a medicinei PS este a unității dintre psihic și somatic atât în stare de boală, cât și în stare de sănătate. Problema legăturii dintre psihic și somă a constituit subiect de reflecție filozofică din cele mai vechi timpuri și nu și-a găsit rezolvarea decât atunci când evoluția gândirii omenesti a ajuns la etapa materialismului dialectic. Anaxagora (504—428 î.e.n.) vorbește primul de dualismul psihosomatic, dualism pe care, apoi, îl găsim dezvoltat la marii filozofi ai antichității grecești, Platon (424—347 î.e.n.) și Aristotel (384—322 î.e.n.). Influența enormă a acestor gânditori, în special concepția lui Aristotel, după care sufletul dă forma corpului și devine principiul său vital, a dominat filozofia pînă în plin ev mediu. Ideea dualismului psihosomatic va fi, apoi, reluată și dezvoltată de către Descartes.

Dar dacă ideea dualismului psihosomatic se pierde în negura antichității și ideea unității psihosomatice este tot atât de veche, începînd cu Democrit și continuînd în evul de mijloc cu filozofi ca: Hobbes, Locke (sec. XVII), Berkeley, Hume, Leibnitz (sec. XVIII), care vorbesc de unitatea dintre corp și suflet.



Deși de dată recentă, trebuie să notăm, de asemenea, și existența unor concepții mecanicist-vulgare, care negau existența fenomenelor psihice sau le priveau ca simple epifenomene ale materialului. În acest cadru, o serie de științe ca psihologia, sociologia, psihiatria, care nu se bazau pe un determinist causal îngust sau pe o teorie nervistă deformată, erau negate ca științe.

În medicină, încă de la începuturile ei, majoritatea practicienilor, în cadrul gândirii medicale tradiționale, au considerat patologicul ca avînd o relație imediată cu organismul și cu mediul său, ceea ce a făcut ca punctul de vedere psihosomatic în medicină să apară încă din zorii ei. În acest sens, ideea unității dintre psihic și somatic în patologia medicală și-a făcut loc în mod viguros, căci, așa cum subliniază Delay, de la Hipocrate la Trousseau numeroși clinicieni au făcut observații în care s-a subliniat reciprocitatea dintre tulburările funcționale și importanța factorilor psihologici în tratamentul unor boli. Trecînd peste concepțiile idealiste, medicii, puși în fața sintezei indisolubile a omului și a interacțiunii dintre fizic și moral, au abordat bolnavul în cadrul unei concepții unitare. Concepția PS și medicina PS, vorbind de pe poziția cercetătorului marxist, au apărut în secolul al XX-lea ca o necesitate stringentă. Medicina secolului al XIX, organicistă și localizaționistă, nu a putut să explice avalanșa de date pe care ea înșasi le adusesese. Era nevoie acum de o concepție dialectică, care să valorifice în plan superior noile cunoștințe și să revalorifice în această epocă modernă personalitatea bolnavului, care, în lumina medicinei organiciste, dispăruse în penumbra preocupărilor. Acest lucru a primit un impuls serios odată cu dezvoltarea psihologiei ca știință (aproximativ în aceeași epocă). În lumina noilor concepții psihologice, a cercetărilor moderne de neurofiziologie a devenit clar că psihicul și soma nu mai pot fi considerate ca fenomene separate și paralele, așa încît pe bună dreptate subliniau Grinker și Robbins termenul de psihosomatică „a început să fie larg utilizat pentru a simboliza unitatea lor“.

Primul care vorbește de psihosomatică în epoca modernă este Heinroth (1818) atunci cînd se referă la rolul factorilor psihici în cadrul insomniilor și tot el este acela care în 1828 introduce și termenul de „somatopsihic“. În 1890 Sommer introduce termenul de psihogeneză, desemnînd prin aceasta un grup de boli determinate de factori psihici. Termenul va fi

preluat și fundamentat de marii fondatori ai teoriei psihogenezei (P. Janet, Freud, Jaspers).

Introducerea oficială a psihosomaticii în limbajul medical se face în perioada 1936—1938, atunci cînd încep a se fonda primele societăți de psihosomatică și apar primele reviste specializate în asemenea probleme.

Actuala mișcare psihosomatică a apărut, în primul rînd, ca o reacție împotriva unei medicine localizaționiste, care vedea organul, dar nu și personalitatea umană. Într-adevăr în secolul XIX, secolul marilor descoperiri (descoperirea celulei, a bacteriilor, a marilor studii de anatomie), au apărut în cadrul medicinei o serie de concepte materialist-mecaniciste despre boală (conceptul modelului fizic de boală, după unii numit și model medical sau darwinist), în care leziunea de organ era considerată a fi centrul patologiei umane, în timp ce psihicul era conceput în mod vag sau era îndeobște ignorat. Viața emoțională a bolnavului rămîne astfel, în afara cîmpului științific, deoarece „nu se putea măsura“.

Succesele anatomiei patologice, fiziologiei și fiziopatologiei au făcut ca bolile psihice să fie privite tot prin prisma modelului fizic, lezional de boală (nosologia kraepeliniană), concepții care au fost apoi susținute și interpretate din aceeași perspectivă de studiile de genetică modernă, cercetări de biochimie etc.

Aceste exagerări ale medicinei de organ trebuiau să ducă, mai devreme sau mai tîrziu, la o reacție și această reacție a apărut sub forma concepțiilor moderne psihosomatice.

În al 2-lea rînd, medicina PS actuală a apărut și ca o reacție în fața unei medicine ultraspecializate, pledînd, în primul rînd, pentru o medicină a persoanei în interacțiunea dintre factorii biologici și morali fapt care va crea condiții ca medicina PS modernă să se reconstituie, de această dată, pe baze experimentale solide, ținîndu-se seama de progresele științelor (atît biologice, cît și sociale). Ideea legăturii dintre psihic și somatic, subliniază Haynal, a apărut la început ca „*un lian între starea sufletului și boală*“, apoi ca un adevăr speculativ filozofic (legat și de vindecările spectaculoase care au impresionat în toate epocile). Deși, subliniază autorul, acestea au fundamentat doar starea de spirit fără o bază științifică, au creat totuși, impresia că factorii psihologici influențează asupra bolii. În acest context, Haynal exemplifica o serie de grupe de fenomene care au pus în perspectiva lor

legătura psihic-somă. Autorul enumeră în acest sens următoarele:

1. Studiile lui W. B. Canon asupra morții unor oameni prin mijloace magice;
2. Observațiile lui Wolf și Goedel asupra stresului;
3. Observațiile lui Newman asupra mortalității mai frecvente la indivizii nevrotici;
4. Experiența lagărelor de concentrare și a situației creată în urma ultimelor războaie.

De fapt, după crearea termenului de psihosomatică, abia în 1926 el va mai fi utilizat de către Felix Deutsch și Alexander, autorii introducând practic acest termen definitiv în limbajul medical grație cercetărilor întreprinse și a considerațiilor teoretice privind acest domeniu.

Încercînd a face un istoric a diferitelor concepții și teorii care au apărut în domeniul psihosomaticii moderne, trebuie, de fapt, să ne ocupăm rezumativ de principalele personalități care au adus contribuții în acest domeniu. De numele acestor cercetători sînt legate introducerea unor concepte teoretice de bază în cadrul psihosomaticii, precum și principalele etape în dezvoltarea concepției psihosomatice.

Helen Flanders Dunbar aduce, ca principală contribuție în domeniul psihosomaticii, problema „profilului de personalitate”. Autoarea susține că între anumite sindroame psihosomatice și anumite profiluri de personalitate ar exista o legătură cauzală. Folosind în mare măsură metode științifice, autoarea a susținut că, pe baza profilului de personalitate, se poate deduce afecțiunea psihosomatică creîndu-se, astfel premisa luării unor măsuri profilactice. Aceste previziuni nu au fost însă confirmate ulterior așa încît problema unor tipuri specifice de personalitate, caracteristice unor afecțiuni psihosomatice, rămîne încă o problemă de studiu.

Harold Wolf se remarcă prin studii experimentale privind importanța factorilor stresanți asupra organelor interne. Devenit factor stresant, evenimentul extern acționează asupra organismului prin reacții nespecifice (anxietate și mînie), factori capabili a determina reacții pe care autorul le consideră „stereotipe”. Invocînd așa-numita „economie a reacțiilor”, Wolf susține că organele au o capacitate de autoprotecție, de deviere a energiei stresului. Același autor afirmă că organic, leziunile se datoresc acțiunii de durată a stresului, iar în ceea ce privește specificitatea unui profil de personalitate, el vorbește, mai degrabă, de o „specificitate a răspunsului emoțio-

nal". Fiecare situație, spune Wolf, dă un anumit răspuns psihic sau corporal.

Franz Alexander și școala sa din Chicago a dominat o lungă perioadă medicina psihosomatică. El este considerat autorul care a încercat, în mod deosebit, să introducă în domeniul medicinei psihosomatice conceptele psihanalitice. Alexander a creat și a lansat în domeniul psihomaticii o serie de concepte și teorii, care au avut o influență extraordinară în domeniul medicinei psihosomatice.

Cea mai importantă teorie a lui Alexander și a școlii sale este aceea a conflictului specific și a specificității (de care ne vom ocupa mai pe larg ulterior). Astfel, arată autorul, dacă energia unei emoții nu se va putea exprima deschis, ea va repercuta asupra sistemului nervos vegetativ și prin el asupra unui anumit organ, unde va determina reacții funcționale. Există, spune Alexander, între emoție și un organ determinat o anumită afinitate, ceea ce va putea să se afirme; pentru fiecare tip de emoție există o tulburare specifică. Autorul merge până acolo încât vede acest lucru ca o adevărată linearitate de la cauză la efect, acordînd, totuși, un oarecare rol factorului constituțional (pe care îl denumește factorul X). Alexander arată, pe de altă parte, că dezvoltarea bolilor psihosomatice se datorește vulnerabilității ereditare a organismului respectiv, precum și apărărilor fizice defectuoase care apar în „stadiul primitiv” al vieții, situația actuală de viață fiind doar un factor precipitant. Situațiile conflictuale apar atît în faza de „pregătire de luptă”, legate de simpatectomie, cît și în tendința la fugă, retragere, care se asociază, de regulă, cu parasimpaticotonie. În acest sens bolile osteoarticulare sau circulatorii ar fi, mai ales, legate de tipul de reacție simpatic, în timp ce bolile digestive sau respiratorii sînt legate, mai ales, de parasimpaticotonie. Bolile psihosomatice ar depinde, astfel, de maniera de funcționare a sistemului nervos vegetativ.

Un alt concept introdus de Alexander și care în prezent este total depășit este acela al „limbajului intern” al organelor. Între emoțiile și funcțiile fiziologice există o legătură care, spune Alexander, dacă este împiedicată, va determina utilizarea „sistemului nervos” al organului respectiv, între organ și emoție existînd o corelație pe care „numai psihanaliza o poate evidenția”. Personalitatea utilizează o serie de „mecanisme psihologice de apărare”, în care ar intra și cunoscutele „profiluri de personalitate”.

Dar, după Grinker, teoria specificității a lui Alexander a neglijat numeroase variabile și multiple alte observații practice, precum și imposibilitatea unei distincții dintre bolile datorate simpaticului și parasimpaticului.

Contribuția lui *Hans Selye* în domeniul medicinei psihsomatice este marcată prin introducerea în 1936 a noțiunii de stres și aceea de reacție de adaptare, cu implicarea axei hipofizocorticosuprarenale. În prima fază, denumită și reacția de alarmă, hipotalamusul activează hipofiza, care prin intermediul ACTH activează corticosuprarenala. Anxietatea este principala cauză a reacției hipofizo-suprarenaliene. În a doua fază a reacției generale de adaptare, numită și reacția de apărare, apare o creștere a activității adrenosimpatice cu vasodilatație în zona organelor vitale și a celor active. Dacă organismul nu va putea compensa manifestările determinate de stres, apare o a treia fază — faza de decompensare a sindromului general de adaptare, în care apar reacții haotice, decompensatorii.

Selye afirmă un lucru deosebit de important și anume că stresul fizic este echivalent în privința declanșării sindromului general de adaptare cu stresul fizic și că reacțiile hormonale, biochimice și organice sînt identice. Acest lucru a deschis în medicină o nouă perspectivă de a înțelege legăturile psihsomatice în cadrul patologiei.

I. P. Pavlov este cercetătorul care a adus în domeniul psihsomaticii moderne contribuții esențiale și a creat, în același timp, o adevărată școală nervistă, formată din discipoli proeminenți.

Istoria ne arată că teoria nervistă s-a dezvoltat paralel cu mișcarea psihsomatică impregnată psihanalitic din Europa și America, concurență care a avut și numeroase aspecte pozitive pentru știință. Pavlov a dezvoltat ideile și studiile lui Secenov privind teoria reflexelor, teorie care a avut un răsunet deosebit în domeniul psihiatriei, medicinei interne, cardiologiei și fiziologiei, iar unele curente psihologice, ca behaviorismul, au adoptat numeroase teze pavloviste.

Pavlov și școala sa și-au negat în mod netemeinic orice caracter psihologic, ei socotind că obiectul lor de studiu este fiziologia sistemului nervos și, în special, activitățile nervoase superioare. Teoria activității nervoase superioare a fost privită ca o culme a pavlovismului, dar ea are numeroase implicații psihologice. Replica la psihanaliză a școlii nerviste s-a materializat prin somnoterapie, concepție prin care se creeau premisele ca prin somn procesele fiziologice cerebrale să se nor-

malizeze. Pavlov și elevii săi au susținut ideea reglării nervoase a proceselor somatice și faptul că procesele patologice nu pot fi considerate ca procese locale ci ca rezultat al perturbării întregului organism. Școala lui Pavlov s-a ocupat în mare măsură de studiul mecanismului neurogen din HTA (concretizat și prin crearea Institutului de cardiologie „Miasnikov” din Moscova). Studiul nevrozelor experimentale determinate prin condiționarea unor conflicte a putut prefigura ceea ce astăzi este bine cunoscut ca influența factorilor stresanți asupra diferitelor organe. Fundamentînd teoria reflexelor condiționate, Pavlov și școala sa a evidențiat principiul analizei și sintezei, a excitației și inhibiției și a alcătuit și o tipologie a sistemului nervos central. Tot Pavlov va emite și teoria „furtunii subcorticale”, dezvoltată mai apoi de către Bîkov, avînd ca rezultat perturbarea raporturilor cortico-subcorticale (slăbirea influenței scoarței cu pierderea de sub control a formațiilor corticale).

Ideile lui Pavlov vor fi continuate apoi de o întreagă școală nervistă. Astfel Anohin extinde conceptul de reflex într-o viziune cibernetică, emițînd teoria așa-numitelor sisteme funcționale ale organismului, care lucrează ca unități complicate psihosomatic.

Trebuie arătat, totuși, că teoriile lui Pavlov, ca și experiențele sale au limita lor istorică, iar încercările de respingere sau de dogmatizare nu au reușit niciodată total (Taregordsev).

K. M. Bîkov este un continuator al lui Pavlov, fiind cunoscut în cadrul medicinei psihosomatice prin „teoria cortico-viscerală”. Bîkov arată că stresul psihic scade controlul cortical și provoacă o dereglare a subcortexului — „furtuna subcorticală”. De la acest nivel pornesc apoi o serie de stimuli care perturbă activitatea organelor interne. Aceștia, la rîndul lor, transmit informații false, ceea ce face ca să se creeze un adevărat cerc vicios patologic, avînd ca rezultat tulburări psihosomatice.

Bîkov subliniază că fiecare organ sau sistem poate fi instrumentul unor reflexe condiționate cu efect patologic. Efectele psihosomatice și somatopsihice, arată Bîkov, se bazează pe aceeași activitate reflectorie, considerată ca funcție psihică sau nervoasă (Lakosina, Ushakov). Totuși, subliniază Thorn, teoria lui Bîkov nu ține cont în măsură suficientă de

importanța reglării vegetative și endocrine; Bîkov nu vede calitatea caracteristicilor sociale ale funcției psihice a omului, care nu se poate asemăna cu situația animalului de experiență.

3. Problema relației psihanaliză – medicină psihosomatică

Această problemă constituie unul dintre aspectele istorice cele mai pasionante și semnificative în cadrul psihosomaticii. Deși nu s-au creat una pe alta, psihanaliza și psihosomatica s-au influențat reciproc, aceasta mai ales datorită faptului că s-au dezvoltat în același cadru istoric și geografic. Ca și teoria nervistă, psihanaliza a căutat să-și facă din PS un adevărat cîmp de activitate (fără a reuși în totalitate). Totuși, așa cum arată numeroși autori occidentali, psihanaliza a determinat în aria PS un adevărat progres și i-a împrumutat numeroase concepte (Grinker). Aplicînd astfel psihanaliza în cadrul lărgit al sindroamelor psihosomatice, subliniază autorul, aceste complexe subconștiente reprimite și imposibil de controlat de forțele mintale raționale influențează funcțiile diferitelor organe.

Prima încercare a psihanalizei de a explica tulburările PS a fost aceea de a aplica aici mecanismele psihodinamice din isterie (prin teoria conversiunii, expresiile funcționale fiind „simboluri” ale ideilor refulate). Deutsch vorbește, tot în acest sens, de stări psihofiziologice regresive. Fiecare manifestare, subliniază autorul, are cîteva niveluri de regresii: regresii organice și psihologice. Acest lucru devine inteligibil pe baza studierii reacțiilor noului născut, care se vor transforma în „patternuri” selecționate și necesare pentru rezolvarea nevoilor fiziologice. Deutsch vorbește chiar de o stare de „alegie” a unor expresii simbolice. Menninger (citată de Grinker) vorbește de o acumulare de forțe destructive, afecțiunea organică fiind un „suicid” parțial, în timp ce Grinker se referă la stabilirea unor „matrice” psihosomatice, care se instalează din prima lună de viață și „constă într-o regresie la un stadiu de diferențiere insuficientă între biologic și psihologic”. S-a mai vorbit în acest domeniu de o „psihoză de organ” (Meng), iar Grinker amintește de poziția intermediară a tulburărilor PS între psihoze și nevroze. Totuși, P. Marti, M'Uzan, David,

Fain (citați de Haynal) subliniază că bolnavul PS se comportă altfel decât nevroticii; au o gândire mai „rezonabilă“, regresivitatea bolnavului PS fiind o regresivitate a eu-lui la nivel defensiv primitiv cu tendințe puternice autoagresive și autodestructive, care sînt puse în legătură cu instinctul morții (Haynal). Subiectul, în acest caz, se identifică complet cu obiectul (Haynal). În același sens Mynara (citată de Haynal) vorbește de un hiposimbolism al afectelor în bolile PS, un fel de ageneză a gândirii simbolice, iar Sifnear (citată tot de Haynal) amintește de „alexitymie“ a legăturilor neurofiziologice, un fel de lipsă de conexiune între sistemul limbic (substratul emoțional) și regiunea neocorticală (baza neurofiziologică a evaluării critice a sentimentelor).

Astăzi este aproape unanim recunoscut că această epocă „eroică“ a medicinei PS, care era invadată de concepte psihanalitice, este depășită; conceptele psihanalitice primitive și aplicarea lor în cadrul tulburărilor psihosomatice fiind, în prezent, abandonate de toți cercetătorii.

Grinker, de exemplu, afirmă pe bună dreptate că toți cercetătorii s-au convins că „*s.n.v. sau organul însuși nu poate exprima idei*“, dar este posibil, subliniază autorul, ca o idee sau un sentiment oprit în desfășurarea sa normală, să tulbure homeostazia psihică și, astfel, să ducă la perturbarea unor funcții organice. Localizarea tulburării, maniera în care un organ este atins, nu se mai poate explica astăzi prin conceptele psihanalitice primitive. Jurgen Reusch vorbește în acest sens de utilizarea teoriei comunicării, comunicarea fiind un proces care se desfășoară și în interior (integrarea internă) și în exterior (integrarea externă). Individul, arată Grinker, dezvoltându-și sistemul de comunicare, trece prin etape succesive de tranziție între rolul copilului dependent și diferitele roluri pe care un individ le joacă în mediul social. Ruesch, de exemplu, socotea că bolnavii PS nu și-au elaborat moduri de comunicare „adultă“, lucru care face ca bolnavul să vorbească „cu viscerele“, copilul fiind fixat astfel în „*stadiul visceral al comunicării*“.

Se vorbește, astfel, în istoricul medicinei PS de o epocă „eroică“, epocă dominată în special de studiile lui Alexander și de un impact extraordinar a concepțiilor psihanalitice în domeniul PS, în timp ce în epoca actuală cercetătorii își îndreaptă atenția spre înțelegerea psihologiei bolnavului și introducerea în acest domeniu atât a tulburărilor PS, cât și somatopsihice paralel cu menținerea teoriilor privind predis-

poziția, situațiile declanșatoare, precum și studierea condițiilor psihologice ale bolii și relației medic-pacient. Factorii responsabili de sănătate și boală, subliniază Haynal, constituie „un sistem” în sensul teoriei sistemelor, factorii psihici fiind implicați în mod diferit în patogeniza diferitelor boli. Acest lucru ar fi fost cu greu acceptat în epoca „eroică” a medicinei psihosomatice, epocă de aplicare a conceptelor primitive ale psihanalizei în acest domeniu.

4. Concepții destructive și nihiliste

Ca orice știință nouă, în curs de formare, și psihosomatica a fost atacată de pe poziții diferite, a fost contestată sau negată chiar cu desăvârșire. Adeseori aceste tendințe, deși urmăreau scopuri identice, se aflau pe poziții ireconciliante. Astfel, așa cum am mai văzut încă de la început, s-a pus problema unei „concurințe”, de altfel productive pînă la un anumit punct, între PS occidentală impregnată mai ales de psihanaliză și concepția nervistă și, în special, concepția „corticoviscerală” a lui Bikov. De fapt antagonismul era doar aparent și în mare parte datorat exceselor în ceea ce privește impregnarea psihanalitică a PS. Acest lucru a devenit dramatic mai ales în contextul unei perioade dogmatice, în care toate teoriile nemarxiste, inclusiv psihanaliza, erau respinse în bloc și în mod necritic. Depășind însă această epocă istorică, s-a dovedit pînă la urmă că ambele curente ale psihosomaticii moderne nu erau decît căi paralele spre același scop. Dacă psihosomatica occidentală a fost manevrată de o teorie psihanalitică posesivă și adeseori totalitară, concepția nervistă va fi și ea, la rîndul său, manipulată de o concepție materialist-dogmatică a științelor, tot atît de nihilistă și dăunătoare dezvoltării concepției PS moderne. De altfel în această perioadă nu numai psihosomatica era negată, dar și alte științe de factură psihologică (psihologia, sociologia, psihiatria) chiar și genetica. Categoriindu-și poziția ca „singura consecvent materialistă”, materialismul dogmatic în știință privea psihicul în mod vulgar, ca pe un epifenomen al creierului, negînd în realitate determinismul social. Teoria nervistă, în acest context, în ciuda valorii sale

incontestabile era considerată ca alcătuind singură „chintesența materialismului dialectic aplicat în medicină“.

În acest sens merită subliniată marea dezvoltare a medicinei psihosomatie în Uniunea Sovietică după depășirea perioadei de dogmatism științific. Astfel *Bolșaiia Sovetskaia Entiklopedia* (1975) definește termenul de psihosomatică ca „o serie de explicații ale bolilor cu o considerație specială asupra rolului factorilor psihici în etiologia, evoluția și prognosticul bolilor somatice“. În 1976 Lakosina subliniază că traumele psihice au o influență clară și evidentă în boli ca: astmul, colitele, HTA, ulcerul etc. Tot în același an, Berezkin și Zirianova arătau că tehnicizarea medicinei a determinat o neglijare a personalității bolnavului practicându-se, mai ales, o medicină de organ, iar Väisänen (1975) menționa că frecvența tulburărilor psihosomatie la populație era de 60%. În lucrarea *Fundamentele teoretice ale medicinei psihosomatie*, Kurtin include în medicina psihosomatică „toate bolile legate de tulburarea funcției cortexului și, în mod secundar, a tulburărilor sferei viscerovegetative“. Dezvoltarea bolilor psihosomatie ar fi astfel legată, în primul rând, de factorii sociali, care „pot constitui o situație conflictuală pentru cortexul cerebral și substructurile subcorticale, tulburând echilibrul proceselor de excitație și inhibiție“.

Noile probleme pe care societatea industrializată le-a ridicat, arată Berezkin, au făcut ca factorii psihici și personalitatea să fie tot mai des implicate în bolile somatice. Aceasta, spune autorul, face ca psihologia medicală și studiile de psihosomatică să fie tot mai mult utilizate în aria medicinei. Trauma psihică, arată Kurtin, este un mecanism care pune în mișcare alte mecanisme, menținând și adâncind traumatizarea originală corticală. Shikin și Shuliva arată și ei în 1974 că psihosomatica înseamnă „relațiile dintre social și biologic“, subliniind că nu este suficient a studia numai mecanismele fiziologice ale interacțiunii psihic-somatic, dar și „esența socială a momentului psihologic“ în cadrul integrării biopsihosociale. Savanții sovietici recunosc în aria psihosomatiei o concepție generală și un domeniu psihosomatic compus din câteva boli în etiologia cărora factorii psihici sînt foarte importanți (boli cuprinse și în clasificarea O.M.S.). Mediul social, arată Polis în 1975, influențează corpul omenesc, viața psihică și „în mod particular emoții și sentimente“.

De fapt, între cercetătorii din est și vest au avut loc în ultima vreme o serie de întâlniri în care problema divergențelor a

fost mai bine înțeleasă în cadrul discuțiilor purtate. Prima întâlnire a avut loc la Iasenik, în Cehoslovacia, în 1959, dar problema a fost abordată pe larg la Berlin, în 1964, cu ocazia Simpozionului Internațional de Fiziologie, patologie și terapie corticoviscerală. Reuniunea a angrenat psihosomaticienii din est și din vest (Kurțin din Leningrad și E. D. Wittkower din Montreal). Cu această ocazie Wittkower a arătat că medicina psihosomatică occidentală a abordat problema mai ales din punctul de vedere al modalităților, în timp ce teoria corticoviscerală din punctul de vedere a finalităților, în prima concepție fiind abordată mai ales prin clinica umană în timp ce a doua mai ales prin experiențe pe animale. Teoria corticoviscerală a observat fenomene obiective și obiectivabile, în timp ce concepția occidentală s-a ocupat mai mult de motivația comportamentului patologic. Răspunzând la reproșul că concepția psihosomatică occidentală ar fi mai puțin științifică, Wittkower se întreabă de ce ar fi mai puțin științific să asculți un bolnav, decât să-l privești, subliniind că cele două metode nu sînt ireconciliante și că timpul le apropie (una fiind mai orientată spre biologic și alta spre psihologic). De fapt după Chertoc cele două concepții sînt două fețe ale aceleiași probleme și că ambele sînt de acord asupra concepției etiologice. Ambele teorii recunosc o serie de probleme obscure, cum ar fi problema specificității de organ și că modalitatea de explicare a procesului fiziologic nu și-a găsit încă o explicație satisfăcătoare. În cadrul aceluiași simpozion, Birionkov (director al Institutului de Neurologie experimentală din Leningrad) s-a opus atitudinilor dogmatice ale lui Kurțin, care se opunea importanței psihologiei. Dealtfel, în U.R.S.S. din 1956 apare o puternică tendință de a atribui psihologiei o importanță deosebită, iar în 1962 are loc la Moscova o reuniune privind „problemele filozofice ale fiziologiei activității nervoase superioare și psihologiei”, în care s-au combătut interpretările dogmatice de la Conferința din 1950. Treptat, psihologia iese de sub tutela fiziologiei, ceea ce a determinat o dezvoltare accelerată și o recuperare rapidă a rămîinerilor în urmă.

Totuși savanții sovietici resping o serie de concepții psihosomatice occidentale (în special de nuanță psihanalitică), iar în interacțiunea factorilor biopsihosociali se utilizează viziunea materialist-dialectică și tradițiile materialiste ale școlii pavloviste. S-au organizat, de asemenea, numeroase reuniuni privind problematicile de psihosomatică (*Simpozionul Național din 1972, Congresul interdisciplinar privind stresul, Chișinău*

1973, Simpozionul „Stresul emoțional și rolul său în patologia cardiovasculară”, Moscova 1974 etc.), iar psihologia medicală a devenit obiect de învățămînt în facultățile de medicină.

Cu tot progresul realizat în înțelegerea psihosomatică a medicinei actuale, o serie de reticențe și prejudecăți există încă și astăzi în acceptarea concepției psihosomatice (legate mai ales de rămășițele perioadei dogmatismului științific). Dar subliniază V. Predescu, „concepția psihosomatică eliberată de balastul idealist-subiectiv este o concepție ale cărei obiective se confundă cu obiectivele principale ale medicinei moderne” și susține autorul „ea cheamă și cere medicului societății moderne o dublă viziune biologică și psihologică” (V. Predescu, Psihiatria, Ed. Med., 1976). Trebuie să remarcăm în mod deosebit în același sens numeroasele simpozioane, discuții, mese rotunde care au avut loc în țara noastră în ultimii 10—15 ani și care au dus la o abordare critică și în lumina materialismului dialectic a concepțiilor psihosomatice. Abordarea dogmatică a PS se bazează, mai ales, pe nerespectarea principiului materialist-dialectic privind importanța contextului istoric în care apare o anumită concepție, precum și pe concepția dogmatică de a respinge în bloc toate teoriile și concepțiile nemarxiste după principiul totul sau nimic. Acest lucru s-a dovedit deosebit de dăunător. Cercetătorul marxist trebuie să folosească elementele valoroase și verificate de practica social-istorică ale unor concepții nemarxiste, iar rolul contextului istoric trebuie, de asemenea, luat în considerație. Acest lucru a reieșit în evidență după cel de al IX-lea Congres al Partidului Comunist Român, cînd, după o epocă de dogmatism științific, s-a trecut la recuperarea rămîinerii în urmă. Astfel, o serie de științe contestate în epoca dogmatismului (printre care și concepția psihosomatică) și-au reluat locul cuvenit în viața științifică a țării noastre.

5. Situația actuală a medicinei psihosomatice

În prezent psihosomatica este o concepție generală, care a cucerit întreaga medicină a epocii noastre. După etapa americană, psihosomatica a pătruns cu asalt în Europa, mai ales

după al 2-lea război mondial (însăși experiența războiului, prin tensiunile psihice create, probînd legătura dintre acestea și diferite boli).

În epoca de început în toate țările a existat un adevărat entuziasm în acceptarea și adoptarea concepției psihosomatice, deși în multe privințe s-au comis și exagerări, uneori cerîndu-se crearea unei noi specialități medicale — medicina psihosomatică. Treptat s-a acreditat însă ideea că medicina psihosomatică nu poate fi, prin ea însăși, o specialitate medicală și, așa cum au subliniat numeroși autori, ea este mai mult decît o specialitate; ea este o manieră largă și globală prin care se evidențiază în cadrul patologiei legătura dintre psihic și somatic și, după cum subliniază Grinker, *„îmbrăcînd într-o perspectivă mai amplă psihologia și boala“*.

În acest sens, Haynal atrage atenția că la ora actuală psihosomatica se vrea, în mod ideal, o sinteză în raport cu bolnavul ca centru al tuturor informațiilor, o tactică integrativă, subliniază autorul, în care medicina psihosomatică devine o specialitate modernă cu echipe de polispecialiști. În acest sens, tot Haynal subliniază că medicina PS poate fi o nouă viziune, care înglobează medicina în totalitate și care trebuie să țină cont de factorii psihologici.

Medicina psihosomatică modernă înseamnă astăzi pentru medicină exploatarea unei largi zone a patologiei umane și, mai ales, a permanentei relații dintre patologia psihică și cea somatică. Din acest punct de vedere Sivadon subliniază că unul dintre principalele mecanisme pentru menținerea homeostaziei constă în *„localizarea răului la nivelul unei funcții sau organ“*, favorizînd exteriorizarea și dacă este posibil, *„expulzarea conflictului organ-mediu“*. După același autor, punctul de vedere PS depășește această perspectivă. Astfel, deja causalitatea imediată de tip leziune-simptom este depășită, punîndu-se în evidență modalități patogenetice mai complexe, în care leziunea nu este primitivă, ci succede o tulburare funcțională, context în care experiența emoțională face legătura dintre fenomenul psihic și somatic.

Actuala orientare a medicinei PS este materialistă-dialectică, concepția PS depășind modelul fizic de boală, punînd la baza explicării bolilor o concepție dialectică, în care emoția apare ca mediator între organism și mediu. Depășind exage-

rările și negările valorii medicinei psihosomatice, aceasta se prezintă astăzi ca o concepție modernă, cu o puternică influență asupra practicii medicale, inclusiv în domeniul terapiei, cu stimularea colaborării interdisciplinare mai ales prin favorizarea impactului științelor psihologice și a psihiatriei în domeniul tradițional al medicinei somatice.

În acest context apar astăzi ca reprobabile unele concepții nihiliste pe care le-am analizat în acest capitol.

2 Conceptele teoretice ale medicinei psihosomatice

Așa cum am subliniat în capitolul anterior, medicina PS actuală a fost nevoită să renunțe la conceptele psihanalitice primitive și să se concentreze mai ales asupra studiului condițiilor psihologice și sociale ale bolii. Actuala bază a psihosomaticii nu mai constă în teorii și ipoteze speculative, ci se bazează pe o temeinică cunoaștere și pe experiențe, care au schimbat aproape total vechile concepții.

Ca orice știință, medicina PS dispune, astfel, de o serie de teorii și postulate, de care ne vom ocupa în cadrul acestui capitol.

Modelul psihosomatic actual este un model complex, simptomul fiind privit prin prisma multifactorialității. Astfel, așa cu arată Haynal, complexul factorilor cu care lucrează actuala medicină PS s-ar împărți astfel:

1. Factori nespecfici, care duc la perturbarea sistemului securității individuale (lezarea narcizică);
2. Condiționarea, care se petrece la nivelul organelor prin intermediul sistemului nervos și endocrin cu sens de asemenea specific;
3. Simptomul PS poate primi o serie de determinări specifice legate de condiționările precocă privind un organ dat, care poate deveni, așa cum arată Haynal, „*purtătorul și modelul de expresie a conflictelor intrapsihice*” sau printr-o atitudine timică de bază.

Domeniul PS, subliniază Grinker, este un compromis între procesele somatice, psihologice, sociale și culturale. Există în acest cadru, după opinia aceluiași autor, un centru

de interes somatic (enzime, hormoni, s.n., organe etc.), un centru de interes psihologic (personalitate, eu ideal etc.) și un sistem social (familie, grup, societate).

1. Experimente fundamentale care au stat la baza medicinei psihosomatice

Alexander, Wolf, Dunbar și alții au afirmat prin cercetările lor postulatul fundamental al PS, și anume că omul bolnav ca și cel sănătos constituie o unitate psihosomatică, iar perturbările funcționale determinate de stresul psihic pot declanșa o boală organică. Numeroase experiențe au arătat, indubitabil, legătura dintre influența factorilor psihici și modificările organelor interne.

Canon și elevii săi sînt primii care, prin experiențele lor, pun în evidență legătura dintre factorii externi și leziunile organice (ulcerul la animale). Există, de asemenea, o serie de experiențe și observații vechi prin care s-a putut demonstra influența factorilor neuropsihici în etiologia unor boli somatice. Morice Raynaud, de exemplu, în boala care îi poartă numele susținea că aceasta s-ar datora unor spasme pe micile vase, boala fiind astfel „o nevroză pe simpatic”. Hitzic observase și el creșterea temperaturii corpului la animale după extirparea zonei motorii a scoarței, iar Coreisa observă la oamenii operați pe creier o creștere de lungă durată a tensiunii arteriale (TA). Mosso a stabilit cu ajutorul pletismogramei că factorii psihici, chiar neînsemnați, pot determina o reacție vasculară. Cosiere a elaborat o creștere reflex condiționată a TA, asociind un excitant (soneria) la excitanții fizici care creșteau TA. Ulterior soneria a căpătat aceeași semnificație pe care o aveau acești factori fizici, ducînd la creșterea TA. Delov obține cu ajutorul morfinei modificări ale EKG, care, apoi, se putea obține în mod reflex condiționat numai prin aducerea animalului în ambianța cunoscută.

Reilly (citată de Delay) obține printr-o simplă iritare nespecifică a sistemului simpatic leziuni organice care se traduc prin diaree, hemoragii și ulceratii intestinale. Punînd o picătură de endotoxină tifică în contact cu ganglionii splachnici, tot Reilly reproduce o mare parte din alterările intestinului tific.

În acest fel Reilly a demonstrat experimental importanța s.n.v. în determinarea unor tulburări funcționale și organice intestinale, ca diareea, hemoragia până la perforație. Aceste experiențe au putut fi reproduse în condiții similare și în producerea unor leziuni pulmonare, cerebrale, cutanate.

Selye, pe de altă parte, face experiențe care dovedesc că sistemul psihologic ca și cel fizic declanșează o reacție generală de adaptare.

O serie de experiențe sînt efectuate de Wolf și Wolf pe gastrectomizați la care ei observă că emoțiile plăcute cresc secreția și vascularizația mucoasei, precum și mobilitatea peretelui stomacal. Din contra, tristețea, descurajarea duce la palidizarea mucoasei și la hiposecreție. Anxietatea determină hiperemie, hipersecreție și hipermotilitate, în timp ce agresivitatea crește secreția și vascularizația. Tot Wolf studiază și influența emoției asupra colitei și ulcerului. Wolf și Wolf studiază originea unor tulburări cardiovasculare, arătînd, de exemplu, că durerea precordială apare atunci cînd munca inimii este crescută, mai ales din cauza creșterii TA atunci cînd este vorba de o emoție. Palpitațiile sînt explicate tot prin creșterea debitului sanghin.

Școala nervistă prin teoria corticoviscerală a presupus, de asemenea, o legătură între excitantul extern și funcția organelor interne (prin mecanismul reflexelor condiționate). S-a subliniat, în special, în cadrul acestei teorii importanța scoarței cerebrale și a dereglărilor funcției ei prin producerea „furtunii subcorticale”. Legat de aceasta, o întreagă școală reflexologică s-a dezvoltat; ulterior au apărut primele cercetări privind importanța învățării, a rolului reflexelor instrumentale care s-au considerat astfel mult mai adecvate explicării sindroamelor psihosomatice decît reflexologia clasică.

Alexander întreprinde și el o serie de cercetări privind legătura dintre factorii emoționali și ulcerul gastric, iar Dunbar face investigații privind legătura dintre emoții și diferitele funcții somatice. Binger și Mittelman arată influența factorilor psihogeni în hipertensiunea arterială și boala lui Basedow. Heyer descrie și el variația secrețiilor gastrice sub influența emoțiilor sugerate de hipnoză (Pavlov descrisese „secreția gastrică psihică” la animale). Leriche demonstrează experimental că spasmele vasculare repetate au putut duce de la aspectul funcțional-spasmodic la leziuni de arterioscleroză. Delay

și Deniker, supunând iepurii la amenințarea permanentă a unor ciîni, au putut declanșa la aceștia un sindrom care amintește basedowul. Canon a demonstrat că stările de stres duc la o stimulare a sistemului nervos central și, în special, a s.n.v. și a suprarenalei.

Școala nervistă, în ciuda faptului că își nega orice aspect psihologic, a realizat o serie de experiențe privind importanța factorilor emoționali în geneza unor boli ca: hipertensiunea arterială, ulcerul. Aceste maladii erau considerate drept expresii ale reacției cortico-viscerale și viscerocorticale. Bîkov explica apariția acestor boli printr-o slăbire a funcției corticale și apariția unor anarhii a etajelor inferioare, care determinau astfel tulburări funcționale care apoi se puteau organiciza. Nu psihanaliza, ci somnoterapia trebuie să ducă la combaterea acestor tulburări.

După cum ne putem da seama cercetările în domeniul PS sînt foarte poliforme și heterogene și ele au fost opera unui număr mare de cercetători. Prin aceste experiențe s-a reușit să se demonstreze experimental importanța acțiunii factorilor psihici asupra diferitelor viscere, precum și importanța sistemului nervos vegetativ în cadrul acestui mecanism psihogenetic. S-a pus în evidență, de asemenea, importanța în cadrul patogenezei PS a sistemului vaselor mici, a musculaturii netede și a sistemului glandular și secretoriu. Pe aceste baze se vor alcătui apoi principalele teorii și postulate ale medicinei psihosomatice.

2. Principalele teorii și postulate ale medicinei psihosomatice

După această etapă experimentală, receptivitatea la diferitele tipuri de medicină PS este diferită de la țară la țară. Delay afirmă că medicina PS nu este decît o emanație a nevrozelor, ceea ce ar duce la dispariția din cadrul tratatelor clasice a neurasteniei. Într-adevăr, mulți autori caută astăzi să apropie noțiunea de boală PS de cea de nevroză, deoarece în ambele cazuri este vorba de o etiologie comună, diferența constînd doar în aceea că în una este mai interesat sistemul nervos al vieții de relație, pe cînd în cealaltă s.n.v. Boala psiho-

somatică cea mai veche este isteria. Charcot a observat între sindromul fizic și angoasă o corelație în sensul că angoasa diminuează odată cu apariția sindromului fizic.

Delimitarea afecțiunilor PS de alte psihogenii este într-adevăr foarte dificilă. Alexander arată, de exemplu, că simptomatologia din nevroze are o semnificație simbolică, aflându-se într-un raport cu un conflict oarecare, tulburarea PS fiind o dereglare vegetativă, produsă de o stare emoțională neconștientizată. Totuși, numeroși autori văd deosebiri în structura personalității acestuia. După Prick psihosomaticul ar avea un deficit de conștientizare al stărilor de tensiune afectivă anormal prelungită, descărcându-le, mai ales, în s.n. Vonthier vede la acești bolnavi un dezechilibru în organizarea vieții personale și a personalității, cu o viață extraprofesională redusă, cu puțină mișcare fizică, lipsind astfel posibilitatea descărcărilor emotive.

Vorbind într-un sens larg, aproape toate bolile se pot încadra în compartimentul psihosomaticii, deoarece nu există boală în care psihicul să nu influențeze sau în care să nu fie influențat. Cu toate acestea, există o serie de boli care sînt privilegiate din acest punct de vedere (ulcerul, HTA, astmul, colita etc.). După Kolb, simptomul PS reprezintă concomitența fiziologică a stărilor emoționale.

Principalele probleme puse de medicina PS ar fi următoarele:

1. Rolul și influența factorilor psihici;
2. Mecanismul prin care se ajunge de la emoție la leziune;
3. Rolul personalității, a terenului;
4. Problema localizării sindromului PS la un organ sau la altul.

Așa cum am văzut, prima și a doua problemă au fost elucidate în mare măsură grație studiilor experimentale și a datelor moderne privind importanța s.n.v., a mecanismelor humorale, precum și pe o serie de principii ale teoriei corticoviscerale și, mai ales, pe studii moderne privind teoria învățării. La baza acestor experiențe stau, de asemenea, o serie de explicații moderne de neurofiziologie și neuropsihologie. În ceea ce privesc celelalte două probleme, rezolvarea lor s-a dovedit a fi mult mai dificilă, motiv pentru care aici sîntem încă în domeniul ipotezelor sau a datelor statistice.

Importanța emoției și a sistemului nervos vegetativ

Emoția este o stare subiectivă, apărută ca o reacție în fața unei situații cu scopul de a face organismul capabil să înfrunte o agresiune. În mod normal, această stare de tensiune se descărcă prin fugă sau agresiune (inclusiv prin diferitele forme de expresie ale acestora). La omul civilizat, însă, fuga sau lupta nu se mai pot manifesta în maniera lor primitivă și, în orice caz, este nevoie de o temporizare, care uneori, poate fi îndelungată. În acest caz emoția se va comporta ca un agent stresant, repercutându-se în mod agresiv asupra individului. Emoția, comportându-se de o manieră agresivă asupra corpului, va determina la acesta stări tensive ale musculaturii netede, modificări hormonale și energetice în maniera sindromului general de adaptare descris de Selye. Elementul patologic, subliniază Sivadon, nu este deci atât emoția, cât, mai ales, blocarea ei pentru a se descărcă în exterior, ceea ce va determina comportarea ei agresivă în interior.

Primul postulat care a fost deci lămurit în cadrul medicinei psihosomatice a fost importanța emoției și a sistemului nervos vegetativ în etiopatogenia bolilor PS. În fond, influența emoțiilor asupra diferitelor organe este o observație veche, observație care s-a materializat atât prin observațiile clinicienilor, cât și grație datelor experimentale. Este meritul școlii lui Pavlov de a fi demonstrat importanța legăturilor dintre procesele afective și mecanismele cerebrale. Bîkov a demonstrat, de exemplu, că prin mecanisme reflex condiționate se pot modifica numeroase funcții organice (cardiace, respiratorii etc.). Anohin, elevul lui Pavlov, emite o teorie biologică a emoției. În viziunea autorului emoția are rolul unui agent de autoreglare psihosomatică a organismului, stînd la baza activității vitale a organismului. Smirnov și Speranski, pe de altă parte, au construit „un alfabet al emoțiilor”, susținînd că este posibil a se stabili tipul de reacție psihică analizînd forma, calitatea și durata biocurenților cerebrali (Bektereva). Emoția după Smirnov ar reflecta „*tăria nevoilor organismului și posibilitatea rezolvării lor*”. Este interesant, așa cum subliniază Antti Pakaslahti, că psihologii sovietici au arătat că emoțiile nu pot fi considerate adecvate pornind numai de la punctul de vedere fiziologic și nu pot fi reduse, de asemenea, numai la procesele

biologice, psihicul uman avînd un caracter istoric și social. Pentru că lumea omului este socială, emoțiile primesc un conținut social și nu pot fi exprimate numai prin criterii neurofiziologice și neurochimice (Antti Pakaslahti).

Canon și Bard subliniază rolul hipotalamusului în dinamica emoțiilor, în timp ce Munn vorbește de importanța regiunilor mediene și medio-laterale ale mezencefalului și diencefalului posterior. Un rol foarte mare se atribuie sistemului limbic și reticular complex în integrarea sistemelor emoționale și vegetativoendocrin precum și conexiunilor corticosubcorticale (Bektereva și Smirnov).

În elucidarea mecanismului de acțiune a emoției asupra organismului, o importanță foarte mare a avut-o introducerea noțiunii de stres și descrierea sindromului general de adaptare de către Selye. Belenkov arată că totuși nu atît stresul este important cît, mai ales, semnificația sa pentru organism. Situațiile vieții după Iovlev pot deveni și ele stresante, atunci cînd ating o structură semnificativă a personalității. În acest fel emoția este un mediator extrem de semnificativ și sensibil al experiențelor semnificative.

Astfel, așa cum subliniază numeroși autori, dacă medicina secolului al XIX-lea în orientarea ei materialist-mecanicistă și pe baza progresului diferitelor științe afirma că la baza oricărei funcții stă o alterare a organicului, astăzi, grație medicinei PS, se știe că în majoritatea cazurilor tulburarea unei funcții nu are la bază neapărat o explicație organică. Începînd cu experiențele lui Canon s-a fundamentat ideea legăturii dintre emoție și consecințele sale somatice. Cercetările asupra s.n.v. au dovedit, de asemenea, că sistemul nervos simpatic și parasimpatic constituie o verigă indispensabilă în apariția bolilor în afara oricărei leziuni decelabile. Intensitatea și amploarea reacției depinde de contextul motivației și de factorii temporali, durata și recurența stimulilor (Appley și Trumbull). Sivadon subliniază că patologia PS introduce noțiunea de meditație în relația organism-mediul (situație-emoție-organism). Emoția devine, astfel, un mediator interiorizat, care răspunde la semnificația situației, mobilizînd forțele organismului sub forma tensiunilor musculare, descărcărilor hormonale, liberațiilor energetice. Suferința omului, arată Haynal, începe încă din copilărie, ca o stare nediferențiată de tristețe, afectele apărînd mult mai tîrziu (anxietatea și depresia). Anxietatea este legată de noțiunea de pericol și acționează prin numeroase mecanisme neurofiziologice. Tot Haynal arată că

anxietatea are un sens biologic profund, în timp ce depresia are, mai ales, semnificația unei pierderi. După Canon angoasa face parte din reacția simpaticotonă (midriază, paloare, diaree, transpirații etc.), în timp ce depresia din reacția parasimpaticotonă (bulimie, hipoglicemie, uscarea mucoaselor etc.). Sivadon evidențiază faptul deosebit de important că reacția emoțională blocată în exterior se comportă în interior ca un agent agresor (aici agresiunea nu va acționa ca în cazul bolilor psihice la nivelul sistemului de reprezentări și simboluri, ci la nivelul sistemului neuroendocrin și muscular). Stresul psihologic, angoasa are și importante influențe asupra metabolismului.

Cercetările lui Selye au elucidat în mare parte drumul de la emoție la leziune. Astfel, aceste cercetări au arătat, în experiențele făcute pe animale, că șocul unei emoții violente declanșează reacția biologică de apărare a organismului. S-au putut constata, astfel, modificări ale temperaturii, echilibrului metabolic (metabolismul glucoprotidic, în special), rezervei alcaline, echilibrul hidromineral general, precum și o serie de modificări ale pulsului, TA, respirației etc. În același timp, s-au putut constata hipertrofia suprarenalei, atrofia timolinfatică, ulceratii gastrice etc. Selye arată că la baza acestor procese stau mecanisme cerebrale, neuroendocrine, diencefalohipofizare. Cercetările lui au demonstrat că de fapt emoția este un șoc care declanșează sindromul biologic al reacției de alarmă într-un mod asemănător cu șocurile de altă natură.

Un alt aspect de neadaptarea emoțiilor, subliniază Sivadon, ține de decalajul temporal care se petrece uneori între situația generatoare de emoție și explozia acesteia. După un timp lung, o situație mică, care amintește de prima situație declanșează reacția.

După Segers, agenții stresanți sînt nespecfici. Ei pot avea o prezență reală sau una simbolică a pericolului. Raab arată că există diferențe individuale în ceea ce privește răspunsul la stres. După Delay *trecerea de la emoție la leziune nu este decît un caz particular al unei legi generale, știindu-se că dereglările în sistemul vegetativ pot provoca manifestări funcționale, care datorită intensității și repetiției se organizează și organicizează.*

Elementul fundamental care stă, deci, la baza mecanismului fiziopatologic al simptoamelor PS îl constituie anxietatea și angoasa. Dacă pînă la un anumit punct frica face parte din cadrul fenomenelor adaptative (pentru a înfrunta o situație), angoasa, ca stare de insecuritate nemotivată, apare ca un ele-

ment care disturbă adaptarea. Acest lucru se petrece mai ales dacă este vorba de o intensitate mare a angoasei. Influența anxietății asupra diferitelor organe se datorează faptului că ea este de fapt o falsă alarmă și că lupta sau fuga nu are loc în timp ce efectele fiziologice se manifestă cu intensitate. Reacțiile vegetative, subliniază Grinker, implică sistemul organic în „prepararea unei acțiuni care nu va veni niciodată”, pentru că obiectul exterior al luptei sau fugii nu există. În lupta sa cu anxietatea, organismul uman și-a însușit o sumedenie de mecanisme psihologice de adaptare. În acest fel, tot după Grinker, numeroase simptome PS, ca și alte stări psihotice sau nevrotice, pot fi în realitate tentative de a se adapta la o stare de angoasă.

Una dintre problemele principale privind originea emoțională a tulburărilor s.n.v. o constituie lucrările privind localizarea expresiilor emoționale și, în special, lucrările privind diencefalul, adevăratul centru psihosomatic. Într-adevăr diencefalul este cel mai important punct în reglarea sistemului nervos vegetativ. M. Beyra și Crommelinck sintetizează principalele lucrări privind structurile legate de procesul emoțional. Astfel, stimularea regiunii septale pune individul în stare de alertă, acesta vorbește repede, se simte fericit. Stimularea hipotalamusului rostral produce, din contra, o stare de disconfort, anxietate, apar reacții neurovegetative. Stimularea regiunii caudale a diencefalului produce tensiune difuză și mânie. Brady și Grossman au pus în evidență o reactivitate emoțională scăzută după lezarea hipotalamusului, aceasta mergând, împreună cu o stare de epuizare, până la somnolență. Masserman a observat la animalele cu leziuni hipotalamice importante modificări ale metabolismului. O serie de autori au descris totuși comportamente emoționale anormale și după lezarea altor porțiuni ale diencefalului.

Cauzele stresului emoțional trebuie căutate în viața intimă a individului, în diferitele sale conflicte sau complexe. Orice emoție, subliniază Herbert Spencer, se acompaniază de o descărcare nervoasă, care iradiază în tot organismul și tinde totdeauna să găsească locul minimei rezistențe. Lapicque și Bourguignon au arătat că dacă în mod normal influxul nervos se propagă pe cale sinaptică între neuroni cu aceeași cronaxie, în cazul unei excitații puternice (ca în cazul angoasei) această lege nu mai este respectată și influxul se poate propaga la nervi cu cronaxie diferită. Emoția transmite în acest fel la organele interne o energie care în mod normal s-ar epuiza în traseul

nervos natural. Răspunsurile psihofiziologice, subliniază Kolb, pot fi interpretate ca reacții organice adaptative necorespunzătoare, fie ca acțiuni protective împotriva unor stresuri în experiența vieții umane. Chiar psihanalistii nu le consideră expresii simbolice directe ale conflictelor nevrotice cum este cazul, de exemplu, cu conversiunea histerică. După autorul suscitată expresia simptomatică e recunoscută primar ca o activare sau dezactivare a organului sau sistemului pe baza apariției unui afect. Aceasta presupune că nu numai stresul în sine are importanță, ci, mai ales, semnificația lui pentru organism în acel moment (aceasta incluzând experiența trecută, semnificația rezultatului, normele familiale sau culturale, motivațiile, trebuințele).

Grinker vorbește despre stereotipia caracterului grupelor emoționale de bază. La cele mai multe boli psihosomatice, arată autorul, există fluctuație corelativă a diferitelor stări de tensiune emoțională, ceea ce se poate constata prin constanta apariție a trioului dependență-frustrație-ostilitate. La naștere, notează Grinker, copilul este în cel mai înalt grad de nediferențiere sau integrare, existînd o diferențiere mică între răspunsuri și situația tensională, motiv pentru care s-a vorbit adesea de un comportament global. Energia stresului va lovi un întreg sistem de organe, pînă se va ajunge la o stare permanentă, deoarece organismul viu este o funcție-structură și organismul va acționa totdeauna după propria lui funcție-structură particulară (Grinker). În acest sens merită subliniat că anumite diferențe sau variații sînt doar genetice și constituționale. Funcțiile interioare la o persoană, după același autor, pot fi subdivizate în mai multe sisteme, dar frontiera care îi separă e rău definită, separarea fiind incompletă și variabilă. Kolb susține că manifestările PS ar fi o apărare contra anxietății.

Problema personalității în medicina psihosomatică

Gîndirea hipocratică sublinia că boala este intim legată de temperament. Pentru medicina PS, reactivitatea specială la factorii emoționali reprezintă în concepția a numeroși autori al doilea postulat după elucidarea importanței emoției asupra organelor interne. Delay, de exemplu, susține că predispoziția se poate remarca sub forma unui eretism neurovegetativ și a

reacțiilor vasomotorii care apar de o manieră mai intensă la unele personalități, precum și existența la unii indivizi a unei instabilități generale a ritmurilor psihobiologice. Melon și Bourdouxhe (citați de Haynal), cu ajutorul testului lui Szondi, arată că profilul PS ar prezenta următoarele caracteristici: imaturitate sexuală, pregenitalitate, persistența relațiilor de dependență și a unor reacții infantile. Adler vorbește de o constituție caracterizată prin inferioritatea unor organe.

Și Sivadon atrage atenția asupra importanței maturăției subiectului, incapabil prin aceasta de a face o diferențiere emoțională și pentru care motiv individul este nevoit a face apel la reacții arhaice care nu corespund vieții contemporane. Astfel, subliniază același autor, pentru animal ca și pentru înaintașii noștri toate stresurile emoționale erau preludiul luptei sau a fugii (acompaniate de o mare cheltuială de energie). Civilizația, după Sivadon, a înlocuit lupta fizică prin competiție socială (răgetele prin cuvinte care rănesc).

Selye atrage atenția că organismul reacționează la emoții ca și la o situație adevărată. De multe ori arată Kolb manifestările psihosomatice sînt rezultatul unor caracteristici ale personalității decît a unei anumite agent etiologic din afară, bolnavul exprimîndu-se patologic în raport cu structura personalității și cu tipurile prestabilite de reacție la stres. Bonneton subliniază că tipurile cele mai predispuse la reacții psihofiziologice sînt temperamentele angoasante, hiperconștiincioșii, cei care dirijează agresivitatea spre interior, lucru care este valabil și pentru nevroze. Există serioase cercetări deocamdată discutabile, privitoare la stabilirea unor profiluri de personalitate specifică pentru diferite boli. Avem pentru aceasta cel puțin unele argumente statistice (familii de ulceroși, de hipertensivi). Warnes arată că bolile psihosomatice apar la indivizi adaptați profesional, dar lipsiți de posibilități de descărcare a tensiunilor negative acumulate în decursul activității. Este interesant, de asemenea, din acest punct de vedere conceptul pus în circulație de medicina psihosomatică privind așa-numitul „defect fundamental“. Astfel se subliniază că cel puțin după o anumită vîrstă (30—35 ani), fiecare individ nu poate face în principiu decît o singură boală, boală care este favorizată de către defectul său fundamental — structura tipului său de reacție a s.n.v., fenomen care depinde în mare parte de factorii genetici.

Răspunsul la stres apare astfel strîns legat de personalitatea de bază. În acest termen Warnes și Wittkover includ ste-

reotipurile culturale ale personalității, caracterizate printr-un anumit număr de valori fundamentale transmise prin educație. Impactul unei personalități într-un sistem cultural diferit este capabil a determina reacții fiziologice.

O importanță foarte mare s-a dat în ultima vreme așa-numitului tip A de personalitate, caracteristică indivizilor foarte muncitori, rigizi și hiperconștiințioși, personalități care devin sclavul unui program de activitate rigidă. Astfel, subliniază Linn, acești indivizi sînt ușor „dărîmabili“ fizic atunci cînd apar schimbări în ritmul vieții sau atunci cînd sînt nevoiți a-și însuși noi paternuri adaptative. De fapt, tipul de personalitate descris își are rădăcini adînci în experiența copilăriei precoc și de aceea abordarea psihoterapeutică nu prea are sorti de izbîndă. Pe de altă parte, teoriile învățării explică de asemenea formarea unor comportamente patologice care pot da specificul unei personalități pe baza procesului de învățare și reîntărire. „Rolul de bolnav“ este adesea învățat, iar întărirea se poate face inconștient de către membrii de familie sau societate prin crearea unor facilități, care au rolul de a ușura reîntărirea. Se formează astfel o serie de paternuri pe termen lung și care ne apar, apoi ca trăsături de personalitate. La aceste elemente Linn adaugă noi elemente, ca: vicisitudinile vieții, dezvoltarea psihologică care contribuie la experiența zilnică, dimensiunile simbolismului și menținerii subconștiente și, în fine, spune autorul, în al patrulea rînd vine vulnerabilitatea biologică, care este factorul organic (și care este adesea un factor înnăscut și care în unele situații poate fi cel mai important).

Problema personalității în bolile psihosomatice, deși o noțiune deosebit de importantă în explicarea acestora, nu este încă pe deplin elucidată. De la studiile lui Dunbar și pînă în prezent s-au făcut numeroase încercări de a se evidenția caracteristici speciale ale diferitelor afecțiuni psihosomatice soldate toate cu un succes limitat. Problema ar fi deosebit de importantă, deoarece depistarea anumitor profiluri de personalitate ar avea și o mare importanță profilactică.

Problema localizării somatice

În privința localizării somatice a unui simptom psihosomatic există două ipoteze fundamentale. Astfel, așa cum am văzut anterior, Alexander este creatorul teoriei specificității,

după care un anumit tip de stres psihic este capabil să declanșeze un anumit tip de reacție psihosomatică. Ipoteza nespecificității, bazată mai ales pe insuccesele primei concepții, neagă orice legătură dintre trauma psihică și tipul de reacție psihosomatică, localizarea fiind în funcție mai ales de factorii constituționali.

Ipoteza regresiei, de exemplu, nu ne dă nici o lămurire privind selecția unui anumit organ (Adler vorbește de „inferioritatea de organ“). Nici ipoteza lui Dunbar, privind profilul specific de personalitate, nu amintește de o legătură specifică între tipul de stres și simptomul psihosomatic. Tot în această arie s-a mai vorbit și de ipoteza tipului de răspuns emoțional individual, individul răspunzând nu în funcție de un anumit stimul, ci având el drept caracteristică un anumit tip de răspuns la stres.

Alexander, crezând în specificitatea organică a conflictelor emoționale, divide tulburările PS în două categorii principale:

1. Tulburări în care atitudinea emoțională este caracterizată printr-o preparare a luptei sau a fugii. Acest fenomen antrenează o mobilizare a tuturor proceselor neurovegetative necesare pentru acțiunea agresivă și concentrează ceea ce se cere unei situații de stres. Datorită însă inhibării sau refulării impulsului agresiv, lupta sau fuga nu mai are loc. În mod normal modificările s.n.v. nu durează decât timpul necesar efortului suplimentar. În schimb, la indivizii care prezintă fenomene nevrotice, acesta se acumulează în mod cronic (agresivitate, refulări), ținând organismul din acest punct de vedere în stare de luptă sau fugă fără ca acestea să se petreacă vreodată.

2. Tulburări în care atitudinea emoțională e caracterizată printr-o înclinare individuală spre stare de regresie și dependență. În acest caz individul se îndepărtează tot mai mult de activitatea adecvată, decât în primul tip. Este vorba de o atitudine paradoxală, pentru că are la bază o reacție neurovegetativă care se traduce printr-o creștere de tonus parasimpatic, dar care provoacă contrariul apărării normale cerute de asemenea stres. În loc să răspundă situației, subiectul se comportă ca un copil (frică—diaree).

Alexander subliniază, deci, că dacă cele două tendințe de bază (lupta și fuga) sînt blocate, se va determina o tulburare neurovegetativă, care se va croniciza. Astfel, dezvoltînd teoria specificității, autorul vorbește de existența a două tipuri de boli psihosomatice: ca expresie a tendințelor agresive blocate și ca

expresie a tendințelor inhibitate de dependență. Alexander și French (citați de Haynal) referindu-se la specificitate rezumă aceasta astfel:

1. O teorie unică nu poate explica toate tipurile de tulburări psihosomatice;
2. Unele tulburări PS se asociază la tipuri diferite caracteriale sau la constelații emoționale diferite;
3. Factorii constituționali sînt considerați ca importanți;
4. Constelația emoțională joacă rol etiologic în asociere cu alți factori complecși.

Alexander arată că atunci cînd un organ anumit a primit în mod cronic o stimulare nervoasă, această stare duce la o perturbare patologică, deși nici el nu vede între cauză și efect o simplă linearitate. Teoria lui Alexander (a „conceptului vector” și a specificității) explică apariția tulburărilor PS mai ales în teritoriul inervat de parasimpatic. Tulburările care se datoresc agresiunii și acțiunii de hipercompensare se pot explica, mai ales, prin acțiunea sistemului nervos simpatic (sub forma contractiilor musculaturii netede). Din contra, partea pasivă a ciclului este legată de acțiunea parasimpaticului, care acționează reținînd și înmagazinînd substanțele nutritive și determinînd manifestări PS în teritoriul inervat de acest sistem (Grinker). Tot în sensul teoriei specificității vorbește Wolf atunci cînd spune că pentru el există mai degrabă o specificitate a răspunsului funcțional al individului la care, așa cum arată Haynal, a existat un răspuns la nivelul trăirii psihice și altul la nivelul corpului (ceea ce implică, după Wolf, atitudini corporale transpuse direct la nivelul fiziologicului). O altă teorie susținută de Wolf este aceea că organul nu este afectat direct de factorii psihologici, fiind vorba de tendințe moștenite în ceea ce privește răspunsul la stres și conflict de o manieră specifică fiecărei persoane. În același sens Groen (citată de Kolb) vorbește de un „sindrom al șmecheriei”, prin care un anumit sindrom sau simptom de boală este înlocuit cu altul. Aceasta se datorează, subliniază autorul, unei abilități a sistemului nervos de a utiliza o formă de boală întrebunțînd-o adaptativ pentru efectele alteia (se poate face același schimb și între nevroze și tulburări PS și invers).

Cu toate argumentele aduse, trebuie subliniat că concepția specificității (mai ales aceea în sensul pentru care a pledat Alexander) este astăzi complet depășită în favoarea teoriei multifactorialității.

3. Multifactorialitatea în medicina psihosomatică. Importanța societății și a factorilor sociali

Aspectul linear dintre manifestările psihice și cele somatice, pe care medicina PS l-a susținut nu mai este astăzi de maniera de a mulțumi pe cercetătorul din acest domeniu, suferind, ceea ce s-ar putea numi o „uzură morală”. Treptat, însă, fără a contrazice în esență teoriile și postulatele medicinei psihosomatice „clasice” s-a subliniat că ambiția de a explica aproape toate fenomenele prin aceste mecanisme este exagerată și că în definitiv în aria medicinei psihosomatice acționează mai degrabă o plurifactorialitate (factori constituționali, traumatisme pre și post natale, condiții de dezvoltare).

Dintre factorii etiologici care s-au impus în mod deosebit în aria medicinei psihosomatice în ultimele decenii au ieșit pregnant în evidență factorii sociali, culturali și ecologici. În acest context s-a vorbit adesea de „o societate bolnavă” (Holli-day), de tulburări de comunicare (Ruesch), importanța situațiilor existențiale patogene (Wolf). Importanța factorilor sociali în cadrul medicinei psihosomatice este așa de mare, încât o serie de autori au început să vorbească chiar de existența unei noi ramuri — sociosomatica — ramură care studiază influența factorilor sociali asupra corpului.

Importanța societății umane

Pentru om mediul înconjurător depășește semnificația unui mediu fizic, el constând, în primul rînd, în semnificația relațiilor interpersonale, influențelor mediului cultural, ale sistemului de valori, influențelor forțelor sociale în care trăiește bolnavul și familia sa.

Preocupările pentru importanța factorilor sociali și morali în cadrul medicinei psihosomatice, cel puțin de manieră științifică și sistematică, este de dată recentă și s-a înscris în acest cadru ca o adevărată revoluție înnoitoare. Acest lucru a fost posibil datorită dezvoltării deosebite a științelor sociale, științe orientate mai ales pe baza admirabilei filozofii privind societatea și regulile sociale inaugurată de Marx (Baruk). În viziune sociosomatică, arată Aordreoli, boala transcede orga-

nicul și devine o realitate istorică fiind, în același timp, o suferință a unui organism social sau a unui grup ca și a individului ca atare.

Problemele omului contemporan se deosebesc astăzi radical de acelea ale omului din alte epoci. Lumea contemporană nu mai poate găsi răspunsuri la problemele ei în viziunea filozofiilor vechi, empirice și raționaliste. Aceste filozofii dădeau răspunsuri pentru problemele lumii în care apăruseră, dar acea lume, arată Kreyche, nu a trăit niciodată crizele omului contemporan. Pentru predarwiniști, după același autor, omul de astăzi era la fel cu cel de mâine, lumea putea fi privită ca neschimbătoare, iar ideile puteau fi considerate eterne, în timp ce ritmul schimbărilor actuale fiind amețitor, cu greu se mai poate concepe astăzi o atare filozofie. În acest context, subliniază Kreyche, adeseori apare astăzi ca realitate filozofia crizei și a paradoxului, a tensiunii și absurdului, filozofie care lucrează cu categorii ca vină, disperare, frică, mister, acțiune, adevărul momentului trăit (existența, spune Sartre, fiind o suferință inutilă). Materialismul dialectic, privind omul însă ca întreg, revalorizează latura socială, arătând că omul este produsul societății în care trăiește. În *Filozofia germană* Marx arată că istoria este constituită din două laturi: istoria naturală și istoria oamenilor, aceste două laturi neputându-se separa atîta timp cît există oameni și atîta timp cît ei se vor condiționa reciproc. Omul este un produs al naturii și obiect al sociologiei generale, afirmă Marx. Sociogeneza, arată Porot, este un ansamblu de condiții care emană din mediul social și este susceptibilă de a produce și a determina dezvoltarea și evoluția unei boli. Existența umană devine astfel cîmpul de interacțiune a mai multor dimensiuni: biologic, somatic, interpersonal (psihic), extrapersonal (social și cultural). Deși substratul biologic, arată Mărgineanu, este la diferiți oameni identic, totuși omul, reacțiile sale sînt variate de la continent la continent, de la o țară la alta.

Factorii sociali și importanța lor psihopatologică

Deși, în principiu, prin condițiile de securitate oferite individului și prin numeroasele supape de siguranță societatea are rol sanogen, totuși trebuie subliniat că societatea nu a fost niciodată fără cusur, ideală, adeseori ea impunînd individului



frustrații, restricții și chiar pedepse. În alte situații, însăși bazele societății sînt clădite pe nedreptate (societăți bazate pe exploatare), pe inegalitate, pe neputința stăvilirii unor flage-luri ca sărăcia, ignoranța, războiul sau calamitățile. În acest context factorii sociali interesează în mod deosebit medicina și în principal domeniul bolilor psihice sau psihosomatice.

a) **Stresul social.** Principala problemă care se pune în cadrul sociogenezei bolilor psihice ca și a celor psihosomatice este aceea a modalității prin care societatea poate determina dereglările psihice capabile de a determina răsunetul lor somatic, situație care trebuie urmărită atît la nivel individual, cît și la nivelul grupului social. Unul dintre modelele actuale, care ne pot da o viziune asupra acestei modalități, este noțiunea de stres social, noțiune care tinde a da o explicație modalității prin care societatea acționează asupra psihicului și somaticului indivizilor.

Așa cum am arătat mai înainte, întrebarea care se pune astăzi cu acuitate în acest domeniu este în ce măsură societatea este capabilă să acționeze și să influențeze de o manieră semnificativă psihicul individului și prin intermediul lui asupra corpului. În acest sens Schaefer se întreabă dacă este vorba de o modalitate automată prin care „constrîngerile sociale” acționează, scurtcircuitînd psihicul în mare măsură, fie, așa cum subliniază Ferber, anumiți factori sociali scapă oricărei explicații fiziologici sau între factorul social și acțiunea sa corporală există o cale „inteligibilă” de prelucrare psihică a situației existențiale.

Un pas important este făcut în acest domeniu prin crearea entității de stres social sau, așa cum îl numește Levi, de *stres psiho-social*. Stresul psiho-social devine astfel, în opinia acestor cercetători, ca un important factor patogenetic. Aceasta face posibilă ca acțiunea factorilor și influențelor sociale asupra individului să poată fi analizată atît în termeni psihologici, cît și fiziologici.

Acționînd asupra individului, factorii sociali sînt capabili a determina în funcție de semnificația lor biologică starea de emoție. Acest lucru este în strînsă legătură cu capacitatea acestor factori de mediu de a perturba echilibrul intern (acționînd fie pe cale nervoasă, fie humorală, pe axa hipotalamo-hipofizo-suprarenală). Dereglarea produsă este atît cantitativă, cît și calitativă.

Necesitatea explicării acțiunii factorilor sociali asupra organismului a dus la necesitatea creării unui model psihologic necesar înțelegerii acțiunii socio-psihice. Acest lucru a devenit necesar și el s-a materializat prin crearea noțiunii de *stres social*. Prin stres social se înțelege, deci, modalitățile de acțiune foarte variabile prin care mediul social are o acțiune agresivă și nefavorabilă asupra psihicului uman și prin aceasta asupra întregului organism. Reacția psihică apare, deci, în acest context în principal sub forma anxietății sau emoției.

Așa, cum subliniază Dubreuil și Wittkower, în privința stresului social următorii factori sînt deosebit de importanți:

1. Conținutul cultural, care constă în modalitățile interdicțiilor sociale (în special excesul de interdicții, saturația de valori, polimorfismul cultural, deprivarea de rol, sistemul cultural al sentimentelor și structura de bază a personalității);
2. Organizarea socială cu slăbirea sau dispariția normelor sociale, rigiditatea socială, statutul de minoritate;
3. Diferite tipuri de modificări sociale.

Totuși trebuie subliniat la modul cel mai categoric faptul că societatea nu are, în principal, rol patogenetic și că ea oferă, mai ales, protecția contra efectelor patogenetice ale anarhiei și izolării și, așa cum subliniază Warnes și Wittkower, dă și mecanismul care atenuează efectele negative ale tensiunilor născute din constrîngerile impuse individului prin reguli și inegalități sociale, adică prin ceea ce normal sînt numite *supape de siguranță socială împotriva unei angoase distructive*. Există, subliniază aceiași autori, factori sociali care în contextul stresului social nu au fost din acest punct încă studiați suficient (cum ar fi familia, emanciparea femeilor, detribalizarea prin creșterea libertății copiilor etc.).

Este foarte important, de asemenea, modul de formare a paternurilor comportamentale din prima copilărie.

Probleme deosebite sînt ridicate de actuala societate industrializată și, mai ales, în cadrul societății capitaliste contemporane. Astfel, așa cum arată Tudosescu, în condițiile capitalismului contemporan se produce o ruptură dramatică între dimensiunea civilizatoare a culturii și cea umanizatoare, de ordin moral. În acest context, subliniază autorul omul este frustrat și înstrăinat în raport cu criteriile profilului privat, ajungînd în situația de obiect. În aceasta constă, de fapt, drama civilizației moderne, criza sa fiind de fapt o criză a subiectivității și personalității. Omul, arată Marx, este o unitate între

biologic și mediul social, motiv pentru care cele două se intercondiționează, iar în condiții anormale intră în patologic.

În patologia umană geneza stresurilor emoționale este foarte variabilă și din acest punct de vedere societatea civilizată a secolului XX are un rol foarte mare. Păunescu-Podeanu accentuează asupra faptului că 25—30% dintre bolnavii care apelează la medic, fac parte din categoria bolnavilor care nu prezintă o boală decelabilă cu ajutorul mijloacelor moderne de investigație și nu pot fi încadrați în entitățile nozologice organice somatopatice clasice. Sursa acestor suferințe se află, după autor, în condițiile vieții, în viața sufletească (boli existențiale, psihosociale sau relaționale). Frecvența tulburărilor psihice în cadrul societății actuale este foarte mare. În cadrul societății civilizate actuale apar o serie de factori stresanți, ca: zgomotele, aglomerația, dificultățile de locuit, la care se mai adaugă alcoolismul, desfrîul etc.

După Bonneton aceste fenomene fac să se constate astăzi în Franța și în multe țări dezvoltate că în peste 80% din cazuri oamenii se plîng de surmenaj, majoritatea intelectualilor se plîng, pe lângă aceasta, de sentimentul insecurității. Scob so-coate că 4/5 din bolnavii somatici prezintă și tulburări psihice, în timp ce Sheppard apreciază suferinzii psihici la 1/5—1/10 din totalul populației.

Segers și colaboratorii arată că modificările vieții sociale au antrenat un transfer de stimuli care îi declanșează. Stresul actual se datorează unor situații sociale complexe, relațiilor competitive, statutului social și economic. Stimulii stresanți au devenit în mare parte simbolici. Este foarte importantă semnificația pe care individul o atribuie stimulilor. Nu agentul este stresant, ci subiectul și-l alege de a fi stresant.

Dacă reacțiile visceromotorii și hormonale au rămas în esență aceleași componenta somatomotorie a stresului la omul civilizat a devenit mai mult sau mai puțin inhibată, datorită sistemului de reprezentare, de acțiunea unor fenomene complexe (comunicații de masă, automatizări), ceea ce a făcut ca comportamentul fizic să fie înlocuit cu elemente mai mult sau mai puțin simbolice.

Funcția adaptativă a stresului este compromisă din moment ce declanșarea sa depinde de sistemul de reprezentare, sensibil la stimularea de natură simbolică (mobilizarea de energie este disproporțională în frecvență și calitate față de nevoile reale ale organismului și posibilitățile sale de a le utiliza). Emoția și mai ales angoasa apare ca un stres denaturat, detașat de

funcția sa adaptativă imediată. Căsătoria a devenit, de asemenea, o sursă de conflicte. După Bonneton, specializarea, cultul banului, ierarhia, condițiile de locuit, sărăcia legăturilor sociale duc la crearea unei tonalități afective anxioase. Ultraspecializarea duce la o muncă limitată, la ignorarea muncii altora, automatismul duce la creșterea încordării atenției și la oboseala cerebrală accentuată. Apar surse de emoție familială, foame de stimă și prestigiu, nevoia de securitate, nehotărîrea, probleme sentimentale și sexuale. Familia, altădată nucleul de bază care asigură individului cele mai bune condiții de dezvoltare, a suferit în ultimele decenii lovituri importante, prezentînd ea însăși serioase simptome de inadaptare. Astfel, familia nu mai este astăzi loc de producție și consum, legăturile cu vecinii au scăzut în favoarea celor de la locul de muncă (care sînt mult mai slabe și mai puțin frecvente), rolul educativ al familiei a scăzut, de asemenea, foarte mult, iar autoritatea față de copii de asemenea.

Numeroși autori semnalează în condițiile vieții moderne lipsa igienei mintale, creșterea viciilor (alcoolismul, tabagismul, prostituția), acest lucru fiind cu atît mai nociv, cu cît este vorba de adolescenți sau chiar de copii de vîrstă fragedă. Pe plan general tot Bonneton constată apariția unei maleze generalizate legată nu atîta de efort, cît de o proastă adaptare (însatisfacție permanentă, revendicativitate la toate nivelele). Delay arată că este foarte important de a analiza motivațiile unei tensiuni emoționale. Cauzele sînt uneori evidente, exterioare (de exemplu, în timpul ultimului război mondial medicii au constatat o creștere a frecvenței ulcerelor gastroduodenale în timpul bombardamentelor asupra Londrei, Leningradului, Stalingradului).

b) **Disciplina și organizarea socială.** Una dintre problemele fundamentale cu care este confruntat omul în contextul vieții sociale este disciplina și organizarea instituțională chiar și a marii societăți. Aceste entități sînt deosebit de importante pentru sănătatea psihosomatică a individului. Organizarea și disciplina socială au existat ca o necesitate din cele mai vechi timpuri ale societății omenești, disciplina constînd din norme și reguli necesare pentru ca indivizii să-și poată desfășura în mod armonios activitatea și pentru ca organizarea socială să supraviețuiască. O condiție esențială pentru ca disciplina să nu devină factor stresant este aceea ca regulile ei să fie interiorizate de către individ și transformate în trăsături de personalitate proprie. Societatea, arată Hersei, nu este un organism, ci

o organizație, un sistem de coexistență a mai multor organisme independente, în care omul nu este „celula” societății, ci ființă întreagă, capabilă de a ocupa, în principiu, orice loc în organizația socială, să o poată părăsi chiar și să înființeze alta. Munca, arată autorul, nu a fost niciodată o afacere individuală. În cadrul muncii omul stabilește o multitudine de relații psihice și, mai ales, afective, lucru care tot după Herseni, se stabilește în diferite subsisteme ale societății: națiune, echipă, rasă, sindicat etc. În cadrul acestor relații apar amicitii, ură, se exprimă adesea opinii contradictorii. Inactivitatea ca atare este foarte greu de suportat pentru personalitatea umană, apărând în aceste situații sentimentul de depreciere și inferioritate (foarte frecvent la șomeri, de exemplu). Totuși, după opinia lui, societatea noastră civilizată este încă marcată de ideologia sclavagistă, care identifică munca cu privarea de libertate. Procesul muncii devine astfel în multe situații un act de frustrare, situații în care omul se simte legat de instituție, ierarhie; disciplina inhibă afirmarea de sine, iar mediul tehnic nu ține totdeauna cont de aspirațiile muncitorului, motiv pentru care inițiativa în muncă este descurajată (Herseni). Banul, arată autorul sus-citat, departe de a fi stimulent, deteriorează mai mult relațiile psihologice, frînând și mai mult activitatea omului.

Instituția, după opinia lui Chanoit, stabilește poziția socială a individului indiferent de zelul sau indiferența pe care acesta o manifestă. Conduita salariaților este sever reglementată, impunând adeseori frustrări; există adesea instituții rigide în care individul este serios constrâns fiind nevoit doar să se supună și să se resemneze. Trebuie totuși subliniat că disciplina socialistă a muncii nu este în esență sa constrângătoare, ci activă și mobilizatoare. Disciplina devine puternică arată Stratone când individul participă conștient și activ, când beneficiază de o opinie de grup favorabilă. În sens socialist, arată Stratone, disciplina este un aspect al libertății omului (necesitate înțeleasă). Din contra, indisciplina, neînțelegerea scopului disciplinei, determină numeroase conflicte și are o acțiune stresantă, determinând dereglări psihosomatice. Ierarhia, integrarea socială a individului în cadrul întreprinderii este deosebit de importantă. Sociograma grupului, după Herseni, arată în întreprinderi diferite feluri de relații, de la indiferență sau ură la relații de prietenie și întrajutorare. Aceste relații, datorită caracterului lor de durată, au o acțiune psihică deosebită. Pe

de altă parte, în cadrul unei întreprinderi exagerarea criteriului pur tehnic cu ignorarea scopului social devine o sursă patogenetică pentru membrii organizației. Situațiile conflictuale în grup au o influență mai negativă psihosomatică decât solicitările fizice. Brânzei arată că 72% dintre tinerii angajați au resimțit favorabil relațiile de întrajutorare și colaborare în muncă. Totuși, Olaru consideră că factorii socio-culturali, neadaptarea sau recalificarea, condiții de muncă proaste fac ca 1/3 din numărul muncitorilor industriali să prezinte reacții psihice semnificative, care necesită o atenție medicală adecvată.

c) **Alienarea și efectele ei psihopatologice și psihosomatice.** Unul dintre conceptele importante introdus de Marx în cadrul sociologiei în contextul societății capitaliste de la sfârșitul secolului al XIX-lea este conceptul de alienare. Acest concept revine în prezent tot mai mult în discutarea factorilor psihostresanți din etiologia bolilor psihice și psihosomatice.

Alienarea, în condițiile producției capitaliste, îndepărtează pe muncitor de produsul muncii sale, transformându-l într-un obiect de servitute. De multe ori structura socială (organizația) poate avea anumite aspirații, în timp ce indivizii care o compun pot avea și alte nevoi decât cele economice sau productive. Cuceririle tehnice și științifice în contextul unei societăți bazate pe exploatare duc la o înstrăinare totală a omului, care se vede în situația de auxiliar al mașinii, care îl supune și îl destituie, devenindu-i chiar superioară și ducând la devalorizarea și pierderea autenticității omului (Herseni). Marx face o magistrală descriere a omului în cadrul societății capitaliste în care „*banul a răpit întregii lumi (oamenilor și naturii) valoarea ei specifică*“. Banul, arată Marx, este „*esența muncii și existenței omului înstrăinată de el, în care chiar relațiile de perpetuare a speciei au devenit obiect de comerț*“. În critica radicală pe care școala de la Frankfurt o face societății capitaliste contemporane sînt relevate toate constrîngerile impuse individului, arată Elena Puha, a „*omului unidimensional*“ redus la consum și producție. Alienarea în societatea occidentală modernă, după Fromm, este o alienare totală și ea cuprinde relațiile omului cu munca sa, față de lucrurile care le consumă, față de stat ca și față de sine. De la *homo faber*, *homo sapiens*, arată Kreyche, s-a ajuns în condițiile societății moderne actuale la *homo anxius* și aceasta pentru că existența omului con-

temporan este punctată de crize, încât existența sa poate fi considerată ca „alienată“ în casă, în lume și în toate instituțiile sociale. În societatea capitalistă contemporană individul trebuie să lupte pentru autenticitate în condițiile în care după al 2-lea război mondial omul a fost decisiv detronat (Kierkegaard). Prin ideea omului total Marx anticipează și ideea transformării societății ducând astfel la restabilirea armoniei dintre individ și societate și făcând posibilă munca nealienată, omul devenind astfel o adevărată „ființă a epocii“. Deși se eliberează de natură, arată tot Marx, omul devine sclavul sistemului socio-economic, dar pentru a se elibera, el trebuie să depășească un atare sistem alienant și alienat și să-l înlocuiască cu o nouă organizare a producției, corespunzătoare cu natura sa umană neperversă (Al. Tănase). Sărăcia omului, spune în continuare Tănase, este o sărăcie morală, interioară, iar bogăția dobândește o semnificație umană socială, este condiționată de bogăția relațiilor sociale și interumane. Un alt pericol care apare astăzi, arată Anja Forssén și Marga Liisa Swantz, este acela al negării propriilor tradiții cu pericolul — alienare și consecințele — anxietatea. Schimbările culturale și sociale rapide au determinat fenomene individuale și sociale deosebite, suportul tradițional-cultural și colectiv a dispărut tot mai mult pentru individ. În acest caz trecerea subiectivului în obiectiv s-a realizat adesea în societate sub forma înstrăinării, ceea ce a determinat ca progresul uman să rămână în urma progresului social. Alienarea, arată Monica Diaconescu, este de fapt o pierdere a căii de realizare istorică a omului, o situație în afara sau chiar contra fluxului devenirii. Nu este o neînțelegere a mersului istoriei, ci o pierdere a capacității de înțelegere în acest sens. Înstrăinarea are loc în relație cu menirea omului de a-și adecva lumea, motiv care constituie un important factor patogenetic. Indiferent de sistemul social, munca este acceptată în măsura în care ea are un sens pentru muncitor. Dacă acest sens este pozitiv, munca va contribui la dezvoltarea personalității, beneficiind de acest lucru și productivitatea. Din contra, dacă munca creează muncitorului aversiune, ea devine un factor stresant, un corp străin, care va pune în mișcare mecanismele de apărare conștiente și inconștiente, putând duce la îmbolnăvirea psihică și psihosomatică a individului. Dacă existența unor boli psihice specifice muncitorului, arată Ameil, este discutabilă, caracterul PS al numeroaselor boli și al relațiilor lor cu condițiile patologice de muncă (mai ales tensiunea ierarhică) sînt foarte frecvente.

d) **Importanța progresului tehnic.** Unul dintre factorii sociali importanți, cu posibilități de acțiune patogenetică, îl reprezintă maniera de adaptare a omului la progresul tehnic. Deși operă a unei elite, invențiile tehnice sînt oferite apoi spre realizare și folosire întregii societăți, afectînd pînă la urmă viața fiecărui individ, indiferent de mijloacele sale biologice sau psihice. Acest lucru a determinat ca impactului tehnicii asupra psihicului uman să i se dea o importanță foarte mare. Grație automatizării, oboseala fizică s-a redus, dar a crescut în schimb foarte mult solicitarea nervoasă. Acest lucru, arată Russel, a făcut ca morbiditatea nevrotică și tulburările adaptării sociale a muncitorilor industriali să ajungă la procente de 30—40%. În condițiile societății superindustrializate capitaliste s-a pus serios problema dacă progresul tehnic este compatibil cu integritatea funcției psihice umane. S-a observat în acest sens creșterea vertiginoasă a nevrozelor, bolilor psihosomatice. În această problemă s-au confruntat cercetătorii de pe poziția zisă pesimistă și cea optimistă. Astfel, optimiștii consideră progresul uman datorat utilizării tehnicii, în timp ce pesimiștii arată efectele negative ale ei, ca anihilarea omului, poluarea, perturbarea relațiilor om-natură. Acest lucru, arată De George (citată de Bobică), a declanșat la om reacții puternice, potrivnice raționalului (interesul pentru magie, mistică), tehnologia nefiind de fapt în mîna maselor, ci a specialiștilor și guvernelor. Optimiștii, din contra, afirmă că prin tehnologie s-ar recăpăta suveranitatea și forța creatoare a omului.

Totuși, o serie de factori negativi legați de tehnologie există. Poluarea a devenit o adevărată plagă a civilizației, iar mecanizarea și automatizarea, consideră Bobică, a făcut adesea din om o anexă a mașinii, înlocuindu-i activitatea creatoare, generatoare de bucurii și satisfacții, cu „*monotonia paralizantă și depersonalizantă, cu sentimentul de frustrare și alienare, cu senzația de subordonare față de propria sa creație*“. Dat fiind că controlul tehnicii este în mîna unui număr restrîns de oameni, spune tot Bobică, s-a pus problema dacă tehnica nu a devenit o forță socială de sine stătătoare, care se dezvoltă în virtutea unor legi proprii, pe care oamenii nu le mai pot controla sau stăpîni. Acest lucru, în condițiile societății capitaliste a creat suspiciuni. Valorile tehnice pot fi utilizate în favoarea sau defavoarea omului, ceea ce l-a făcut, de exemplu pe Fromm, să ceară „umanizarea tehnicii“.

Dacă cercetătorii existențialiști, de exemplu, subliniază că tehnica a dus la pierderea totală a aspectului uman și im-

posibilitatea omului de a mai remedia ceva, cercetătorii marxiști, din contra, sînt mult mai optimiști, ei afirmînd că știința și tehnica nu sînt ostile omului, ci ele exprimă forțele sale demiurgice (Alexoaie). Revoluția tehnico-științifică nu duce prin sine la dezumanizare și depersonalizare; acest lucru depinde de felul în care această revoluție este folosită. Marxismul, arată Alexoaie, dovedește o dreaptă înțelegere, deoarece integrează tehnica în cadrul relațiilor sociale. În condițiile socialismului tehnica, după opinia aceluiași autor, devine o practică de emancipare deplină a omului, de dezvoltare a sa multilaterală, de eliberarea acestuia de dependență și ignoranță, asigurîndu-i dominarea structurilor sociale. Totuși trebuie subliniat că și în contextul socialismului, o serie de elemente ale tehnicii pot crea situații de dezadaptare. Există serioase reacții psihice legate de procesele automatizării, asimilarea tehnicii noi, de adaptare, psihică în cadrul marilor întreprinderi. Aceste reacții sînt nespecifice, dar au ca numitor comun factorul etiologic.

e) **Calitatea vieții.** Un alt factor important din punctul de vedere al sănătății psihosomatie este reprezentat de calitatea vieții, concept care se referă nu numai la factorii economici propriu-ziși, dar și la cei culturali sau de altă natură, factori care au o mare contribuție la realizarea omului. Calitatea vieții are și o influență asupra biologicului (actualele generații sînt mai bine dezvoltate fizic), dar are, în același timp, și o influență asupra psihicului. Acțiunea socialului asupra biologicului, arată Liana Pop, poartă amprenta sistemului social-politic. Adeseori există o neconcordanță între ritmul vieții biologice, format lent în decursul dezvoltării istorice a omului, și ritmul vieții psihice. Programul de lucru adeseori nu respectă ritmurile biologice, ceea ce are ca repercusiune probleme deosebite de adaptare. După Hurjui calitatea vieții poate fi privită atît în raport cu individul, cît și cu societatea (depinzînd de starea de sărăcie, starea personalității, varietatea vieții, influența cîmpului social etc.). În acest fel, social vorbind, calitatea vieții depinde de nivelul de trai economic, nivelul ecologic, varietatea vieții și calitatea relațiilor umane. Medicina nu poate rezolva singură aceste probleme, motiv pentru care trebuie cerut concursul întregii societăți. Transformările rapide, spune Melinte, neconcordanța dintre aceste transformări și posibilitățile individului pot duce la grave reacții psihomatie. Sărăcia, de exemplu, este unul dintre factorii psihogenetici im-

portanți în cadrul lumii contemporane. După Reissman, sărăcia ar duce la modificări ale personalității umane. În acest context ar apare o personalitate orientată mai mult spre fizic și vizual, decât spre psihic. Ei sînt personalități extrovertite, orientate spre concret, mai înceți, cu grijă, perseverenți, neortodocși. Aceste personalități, arată Freedman și colaboratorii, sînt impulsive, orientate mai ales spre prezent sau trecutul imediat, cu o toleranță foarte mare față de tulburările fizice sau psihice. Totuși, numeroși autori stabilesc procente crescute ale bolilor psihosomatice și psihice tocmai în cadrul populațiilor sărace.

Importanța factorilor ecologici și transculturali

Contextul etiologic al bolilor psihosomatice nu poate fi despărțit de factorii de mediu, factorii ecologici jucînd un rol deosebit. Relația om — mediu ecologic este o relație între un sistem biologic și substrat material de viață.

Deși Platon și Aristotel au arătat importanța mediului ecologic, iar Hipocrate vorbea și el de mai buna utilizare a „apei, aerului și locurilor“, ecologia umană ca disciplină este de dată recentă (1920) și este legată de mișcarea sociologiei urbane a Școlii din Chicago (Bark). În prezent cuvîntul ecologie a devenit aproape o modă, iar mișcări ecologice s-au constituit aproape în fiecare țară. Ecologia, arată Bourgeois, a devenit tot mai mult un sistem holistic al fenomenelor vieții, foarte apropiat de preocupările medicinei și, mai ales, ale psihosomaticii și psihiatriei. Adaptarea la mediu în epoca noastră are loc însă prin intermediul sistemului tehnologic și a modelelor de organizare socială. În fond, subliniază Leroy, totul se petrece ca și cînd personalitatea umană dezvoltîndu-se ar stabili în jurul ei o zonă de protecție analoagă teritoriului unui stat, zonă, care, arată autorul, pare să se diferențieze într-un spațiu pericorporal, în care se desfășoară mișcările corpului și un spațiu comportamental, în care se petrec principalele lui comportamente. Lewin consideră ecologia ca un studiu al variabilelor psihologice și nepsihologice, iar prin teoria cîmpurilor descrie un cîmp individual, unul de grup și unul social. Contribuțiile în acest domeniu au fost multidisciplinare (Fr. Ratzel — antropolog, Durkheim — morfologie socială, Cooley — demograf). Acest lucru a creat oportunitatea legăturii dintre

medici și psihologi, pe de o parte, și factorii politici și sociali, pe de altă parte. În practică, prin factorii ecologici se înțelege în principal importanța mediului rural și urban, mobilitatea geografică, poluarea, zgomotul etc. Victoria omului față de natură l-a făcut adesea să întreacă măsura, iar acest factor se repercutează asupra sănătății sale psihosomatice. Astăzi, arată Leroy, între om și natură există un ecran de mașini și o rețea de informații.

În linii mari, ecologia este știința relațiilor ființelor vii cu mediul lor. Ecologia umană, arată Bourgeois, devine tot mai mult un studiu al structurii și dezvoltării comunicațiilor umane și societăților în termenii proceselor de adaptare la mediu. Contribuții în acest domeniu au adus și o serie de publiciști și ziariști. Unii cercetători au scos în evidență importanța transformărilor în cadrul societății actuale și importanța psihopatologică și psihosomatică a acestor transformări. Alvin Toffler, de exemplu în *Șocul viitorului* sau *Orașe în mișcare* descrie efectele psihologice ale societății hiperindustrializate. Schimbările sociale și tehnologice rapide determină, în viziunea autorului, efecte disturbatoare asupra gândirii raționale a indivizilor cu apariția unui efect pe care l-a denumit „șocul viitorului”. În această situație ar apare perturbări sociale, mișcări culturale deviante (toxicomanie, violență, apatie, nihilism etc.), o adevărată stare de confuzie. Toffler arată că aici ar fi vorba de un stres decizional, senzorial, cognitiv, care ar duce la dezadaptări sociale.

Keniston observă prezența unei stări de alienare la tineretul occidental actual, deoarece acești tineri trăiesc numai pentru experiența prezentă nu au legătura cu trecutul, iar viitorul le apare nesigur.

După Bourgeois, ecologia umană presupune trei obiective și ar fi de trei tipuri: ecologie naturală, culturală și ecologia imaginarului. Astfel, ecologia naturală constă din mediul fizic, care influențează mai mult biologicul și mai puțin psihologia omului (îi influențează totuși credințele, miturile și organizarea socială). Acest lucru, subliniază autorul, este posibil pentru că noi avem în noi arhetipurile, stereotipurile personalității de bază. Ecologia culturală este, de asemenea, foarte importantă omul, fiind strâns legat de societate (contrar aserțiunii lui Hegel, care spunea că nebunia este doar o afacere individuală). Ecologia fantastică sau, cum o mai numește Bourgeois, a imensității intime, proprie omului, a poeziei, visului, mitului, „omul avînd posibilitatea de a trăi în fantastic, făcînd abstracție de

circumstanțe și mediu". Reveria, arată autorul, poate fi tiranică sau eliberatoare, existînd tehnici și modele culturale de evaziune.

În cadrul studiului ecologic și a rolului factorilor ecologiei în declanșarea stresului social s-au studiat diferite situații (sărăcia, carențele alimentare, izolarea, dezorganizarea, mobilitatea socială etc.). Urbanizarea în cadrul societății contemporane este un element foarte important. Populația urbană suferă de mai multe boli psihice și psihosomatice. Factorii ca: aglomerația, mijloacele de transport, viața competitivă influențează în sens negativ emotivitatea. Aglomerarea urbană duce la dezvoltarea unui caracter agresiv, la creșterea, proporțională cu densitatea populației, și a bolilor psihosomatice, și a tulburărilor echilibrului psihic. În mediul urban, arată Abrams, omul este hipersensibil, luptă pentru succes și prestigiu, contactele umane avînd o importanță foarte mare. Civilizația tehnică a antrenat o explozie demografică datorată, mai ales, migrației populației spre orașe, lucru care a generat pentru o societate nepregătită probleme ca: violența, atitudinea antisocială, problema moravurilor. Aceasta face, subliniază Bobică, ca adeseori un astfel de mediu să devină alienant. După Kolb influențele psihopatologice ale urbanizării ar putea fi denumite cu termenul de *urbanită*, fenomen care s-ar caracteriza prin consum exagerat de droguri, psihoze alcoolice, paranoia, nevroze. În condițiile mediului urban capitalist, Ey vorbește de importanța zonelor de dezorganizare (*bidonvilles*, *slums*-uri), zone marginale populate cu emigranți, bande de delicvenți, absența participării la viața sindicală, socială și politică. Aceste zone ar avea un important rol patogen (criminalitatea, patologie mintală și psihosomatică).

Courchel (citată de Freedman) descrie la muncitorii agricoli transplantați la oraș două sindroame: criza nevrotică acută și accesul brutal de confuzie mintală, care se rezolvă în 48 de ore.

Un alt element stresant al vieții urbane îl constituie izolarea. Jaco dă următoarele criterii de izolare:

1. Cunoaște puțini vecini, prieteni, puține relații;
2. Este chirias și nu proprietar;
3. Participă puțin la viața socială, sindicală, politică;
4. Nivel scăzut de participare electorală;
5. Mobilitate profesională;
6. Număr mic de vizite în centrul sau în afara orașului.

Izolarea este mai frecventă la anumite categorii de persoane (bătrâni, adolescenți, femei casnice). Izolarea socială crește în mod bizar odată cu densitatea populației, care inhibă relațiile interpersonale, iar această izolare ca și cea personală, arată Leroy, duce la apariția tulburărilor delirante. Omul în mediu urban nu suferă atât de izolare în sine (el are multe relații cu alții), cât din cauza lipsei de contact afectiv cu cei cu care vine în contact. Migrarea fără încetare, urbanizarea maximă frânează stabilirea unor relații umane, afective și acest lucru duce la creșterea incidenței dezechilibraților mintali (Leroy). De asemenea, arată tot Leroy, orarul de muncă impus de industrie, munca de noapte, în brigadă, obligă muncitorul să-și modifice neconținut ritmurile biologice, ceea ce perturbă nu numai psihologia individului, dar și relațiile grupului familial.

În ceea ce privește importanța clasei sociale, literatura de specialitate face adesea referiri la lucrarea celebră a lui Hollingshead și Redlich asupra orașului New Haven. Autorii fac un studiu sociologic cuprinzător, clasificând populația orașului în cinci clase:

1. Familii bogate, instrucție superioară și prestigiu social crescut (3,1%), ponderea îmbolnăvirilor psihice fiind mică (1%);
2. Familii bogate, instrucție medie (8,1%), cu ponderea îmbolnăvirilor psihice de 6,5%;
3. Familii de mici proprietari, funcționari, muncitori calificați, cu condiții bune de viață, dar cu prestigiu social mic (46,5%), la care ponderea bolilor psihice este de 13,2%;
4. Muncitori semicalificați, instrucție elementară, viață socială restrânsă la vecini, sindicat (22%) dau 38,6% din bolnavii psihici;
5. Muncitorii necalificați, dezrădăcinați, viața centrată pe vecini și stradă (17,8%) și dau 36,8% din bolnavii psihici.

La clasele mai superioare mai frecvente ar fi nevrozele, iar la cele inferioare, psihozele.

Habitatul este un element important în cadrul vieții urbane. Între mediul personal și cel colectiv există un echilibru. Omul trebuie să aibă posibilitatea a se sustrage cel puțin temporar influențelor suprastimulante create de ambianță. Spațiul verde, arată Leroy, are și un rol evocator simbolic, deoarece simpla lui percepere duce la creșterea metabolismului. Probleme deosebite pun lipsa de locuință, lipsa de confort, locuitul în comun, probleme care plasează personalitatea umană în

cadrul unui stres permanent. În mediul urban, confortul habitatului nu poate fi înlocuit de nimic, motiv pentru care lipsa confortului se traduce aproape constant cu tulburări psihosomatice.

Dacă prostituția, criminalitatea, alcoolismul, abuzul de drog, subliniază Burner, au fost descrise ca „flori ale răului“, „flori ale betonului“ marilor orașe capitaliste, influența concentrării urbane este importantă și în ceea ce privește comportamentul general al locuitorilor, mai ales în marile ansambluri de locuit. După autor, trei tipuri de reacții domină aceste modificări de comportament:

1. Reacții de agresivitate, mai ales la adolescenți;
2. Reacții de anxietate, datorate monotoniei împrejurimilor și uniformității mediului urban;
3. Reacții de oboseală, care însoțesc un sindrom depresiv cu frecvente sinucideri, nefericire, oboseală, exces de somnifere sau alte toxice, droguri.

Există și alți factori ai mediului care acționează asupra sănătății psihosomatice.

Influența factorilor meteorologici și sezonieri asupra diferitelor boli psihice și somatice este cunoscută de multă vreme. Esquirol și Jakob au relatat în lucrările lor despre variabilitatea sezonieră a bolilor psihice. Mediul fizic și geografic pun importante probleme patogenetice. Willy Hellpasch arată într-o amplă lucrare că psihologia individului este influențată de timp, climat, sol, peisaj. Unele modificări meteorologice pot produce depresie (furtună, timp urât și rece, vânturile puternice). Din contra, temperatura moderată, cerul clar, vântul moderat au efect de stimulare psihică. După Bourgeois există o serie de boli meteorosensibile, cum ar fi recrudescența unor stări delirante, creșterea excitabilității la căldură sau furtună (în Asia musonul crește incidența amokului). Același autor arată că în Țările de Jos schizofrenia este mai frecventă iarna, agitația în noiembrie-ianuarie. Epilepsia pune probleme mai serioase în sezoanele cu răcire mai bruscă. Acccidente de muncă sînt mai frecvente sub 12 grade și peste 24, iar suicidul este mai frecvent în mai și octombrie (Bourgeois). Cole arată că activitatea psihică se adaptează și este influențată de intensitatea luminoasă, temperatură, umiditate și chiar de fazele lunii, intensitatea radiațiilor cosmice și a cîmpului magnetic terestru. Personal am urmărit pe timp de 14 ani internările a 15 139 bolnavi psihici, constatînd că îmbolnăvirile și recăderile sînt mai frecvente în perioadele de ascensiune termică și de variație a

umidității și presiunii atmosferice (mai ales în lunile mai, iunie, iulie).

O problemă și mai importantă este problema zgomotului. Gerd Jansen arată că în R.F.G. din 1950 zgomotul de circulație a crescut de 7 ori, al șantierelor de construcție de 6 ori, cel produs de avioane de 30 de ori. Se pare că un locuitor din 10 suferă de pe urma zgomotului, iar 40% din populație are acuze temporare sau de durată din cauza zgomotului (în zonele cu mare circulație sau lângă aeroporturi chiar 70%). Riscul surdității este crescut la persoanele care lucrează în mediu zgomotos. Intensitatea zgomotelor este elementul cel mai important (numărul de decibeli). Cel mai greu se suportă zgomotele mecanice. Sensibilitatea la zgomot și semnificația celui care face zgomot sînt, de asemenea, factori importanți. Gerd Jansen (citată de Gerd Otto-Rieke) arată că sistemul nervos vegetativ reacționează la 70 de decibeli (echivalent cu zgomotul unei străzi liniștite). În acest caz vasele se contractă, crește TA, se reduce irigația miocardului. Dacă zgomotul se intensifică, apare dilatația pupilei, uscarea gurii și limbii, paloare, contracția musculaturii picioarelor și abdomenului, scăderea secreției gastrice, secreție crescută de adrenalină, tahicardie. Organismul se adaptează cel mai greu la zgomot, motiv pentru care acesta este evocat frecvent de bolnavii nevrotici sau psihosomatici.

Și izolarea senzorială totală, chiar de cîteva ore, determină modificări psihice ca: modificarea timpului și spațiului trăit, tulburări ale schemei corporale, iluzii, halucinații, pierderea referinței temporospațiale. Dacă pe acest fond, arată Leroy, introducem un sunet izolat, acest zgomot va declanșa o reacție emotivă cu accelerarea respirației și a pulsului. Mai important, după același autor, este că în jurul acestui excitant vor apărea o serie de interpretări, uneori cu aspect delirant, zgomotul provocînd o blocare a proceselor gîndirii și determină o frică anxioasă la repetiție.

O importanță deosebită în cadrul studiilor de psihosomatică o are reliefaarea factorilor transculturali. Una din problemele esențiale ale înțelegerii omului în unitatea sa psihosomatică este relația dintre individ-societate și cultură. Adeseori factorii sociali, care acționează asupra individului, arată Linton, sînt în mare parte subînțeleși, iar cercetătorul adeseori nici nu-i mai ia în seamă. Nevoile psihice ale omului, după opinia aceluiași autor, sînt tot atît de importante ca și acele biologice. El consideră mai importante următoarele: nevoia de răspuns

afectiv din partea altora, nevoia de securitate pe termen lung și noutatea experienței.

Cultura, după Linton, reprezintă modelul de viață al unei societăți cu un anumit consens de comportament, cultura fiind în fond un conglomerat de astfel de modele. După Ammar influențele culturale patogene se pot rezuma astfel: mobilitatea geografică, importanța aculturației masive și a schimburilor culturale, rolul conflictelor culturale, izolarea individului în raport cu societatea, impactul schimbărilor sociale. Adeseori nocivitatea condițiilor culturale pune în evidență precaritatea constituției ereditare și invers. Cu cât o afecțiune este provocată în mai mare măsură de factorii psihologici, cu atât ea va fi mai mult colorată de factorii culturali generali și specifici societății în care trăiește individul.

Răspunsul la stresul social va depinde de mijloacele culturale care sînt la dispoziția individului și care îl fac astfel capabil, așa cum arată Warnes și Wittkower, să absoarbă sau să îndepărteze factorii de stres și să-și perfecționeze mai mult sau mai puțin mijloacele de apărare individuale, factorii patogeni asociați, modelul de existență (situația existențială exigentă, amenințătoare sau frustrantă). În acest sens René Dubos estimează că sănătatea și boala țin mai puțin de factorii genetici și mai mult de factorii psiho-sociali și culturali ai mediului.

Culturile în curs de evoluție, arată Le Guerinel, sînt în situația unor conflicte de valori motiv pentru care ele pot fi categorisite ca factori dezadaptativi. Pacientul PS și-a pierdut cadrul său de referință culturală, de unde incapacitatea de a transforma „miturile lui tradiționale în fantasme”. Astfel, spune tot Guerinel, retezîndu-i-se rădăcinile, individul devine victima propriei sale oglinzi somatice, intrînd astfel într-un conflict de identificare cu cultura sa și cu concetățenii săi. Prăpastia dintre structura sa socială și structura sa psihologică, arată Warnes, favorizează izolarea sa în raport cu grupul și, în același timp, cu proiectarea asupra propriei sale imagini corporale. Într-o societate primitivă, spune Groen, agresivitatea este mai puțin inhibată, iar conflictele deschise sînt mai frecvente. Referindu-se la culturile africane, Ammar arată că în cadrul lor posibilitatea descărcării fenomenelor psihosomatice este mai mare, deoarece stresul psiho-social este mai ușor tradus în manifestări fizice. Aculturația, din contra, aduce cu sine un stres suplimentar, ceea ce duce la o înmulțire a sindroamelor psihosomatice și acest efect este cu atât mai mare, cu cât ritmul

aculturației este mai crescut. Acesta face spune Margaret Mead, ca perioadele de bulversare culturală să crească heterogenitatea și să ducă la o lipsă de forme sociale adecvate pentru a exprima situațiile stresante la nivel individual. În acest caz individul va fi forțat să recurgă la propriul său corp ca instrument de expresie simbolică.

Relația organism psihosomatic — sistem cultural, subliniază Warnes și Wittkower, determină, în ultima instanță, tipurile particulare de apărare, caracteristica tipurilor de reacție, comportamentele morbide, răspunsurile la tratament și o anumită sensibilitate la boală. Componentele culturale reprezintă un element important în etiologia bolilor psihosomatice. Cercetările epidemiologice au arătat variații semnificative ale bolilor psihosomatice în funcție de profesie, condiții de locuit, clasă socială, vîrstă, migrație, urbanizare, război, calamități.

O importanță foarte mare are ceea ce numeroși autori numesc „alienarea socială” și despre care am vorbit anterior. Alți autori sînt însă mai circumspecți în incriminarea diferiților factori culturali în etiopatogenia bolilor psihosomatice. Oricum, însă, pînă în prezent nu există studii epidemiologice mai ample și bine documentate privind aspectul transcultural al bolilor psihosomatice, acest lucru datorîndu-se în mare parte greutăților enorme legate de o cercetare transculturală. Warnes și Wittkower remarcă, de exemplu, faptul deosebit de semnificativ al asemănării în ceea ce privește patologia psihosomatică din marile orașe, indiferent că este vorba de țări avansate industrial sau de țări subdezvoltate, în timp ce alte comparații etnice sau geografice sînt foarte variabile. S-au făcut o serie de studii privind importanța rasei (HTA și boala coronariană ar fi mai frecventă la negrii din S.U.A., decît la acei din Africa), alimentația, profesia etc. Toate acestea atestă importanța factorilor ecologici și culturali în patogeneza bolilor psihosomatice.

3 Concepția psihosomatică și practica medicală

1. Importanța concepției psihosomatice în practica medicală

Nivelul atins astăzi de dezvoltarea medicinei, în contextul dezvoltării tuturor științelor actuale (mai ales sociale și psihologice), a făcut ca necesitatea imperioasă a unei schimbări de optică să se impună cu necesitate. În fond, medicul astăzi indiferent de specialitatea sa, trebuie să abordeze bolnavul în ansamblu, să țină cont de factorii de mediu, de reacția psihică a pacienților, de stările reactive pe care bolile somatice le pot determina asupra psihicului uman, de factorii familiali și sociali. Dar pentru aceasta medicul trebuie să aibă temeinice cunoștințe nu numai de specialitate, nu numai în domeniul biologicului, dar și în domeniul psihologiei și a științelor sociale.

Pe de altă parte, un element care se impune tot mai mult este colaborarea dintre medicii de diferite specialități cu psihiatrul, psihologul sau sociologul, pentru a putea rezolva întreaga gamă de probleme pe care personalitatea bolnavului o pune.

Toate domeniile, arată Grinker, au dimensiuni spațio-temporale. În acest sens, spune autorul, psihosomatica ca problemă de studiu și tratament se întinde de la naștere până la moarte, iar în ceea ce privește spațiul, psihosomatica cuprinde nu numai marile sindroame, ci, într-un sens mai larg, întreaga medicină. În acest sens PS ne apare nu atât ca

o specialitate, ci ca o manieră de abordare a problemelor medicinei.

Montassut ne arată că experiența psihiatrică ne permite a sesiza etapele unei afecțiuni organice, care să se transforme prin intermediul unor factori psiho-reactivi în psihonevroze sau chiar psihoze.

Procesul actual al psihiatriei, al psihologiei medicale a suscitât un mare interes pentru aceia care privesc personalitatea umană în stare de boală ca pe un întreg. Psihiatrul trebuie să intervină ori de câte ori în tabloul bolii somatice apar manifestări psihopatologice (depresii, anxietăți, hipobulii, revendicativitate, stări confuzionale). Ajutorul dat de medicii somaticieni în tratarea unor bolnavi psihici devine, de asemenea, foarte important. Dacă pregătirea medicului somatician este corespunzătoare în problemele psihologice și de psihopatologie marginală, el poate rezolva și singur numeroase cazuri, dar el va trebui să ceară intervenția psihiatrului peste un anumit nivel. Dacă situația a devenit complexă, arată Delay, medicul „somatician“ trebuie să înțeleagă că o metodă psihoterapeutică și folosirea unor doze mari de medicamente tranchilizante și neuroleptice este periculoasă. În acest domeniu improvizația nu poate înlocui lipsa de experiență în probleme psihiatrice. Rezultă, deci, că în privința manifestărilor psihosomatice numai o muncă în echipă poate da satisfacția deplină.

Poate trebuie în mod deosebit subliniată rentabilitatea de care a dat dovadă crearea în SUA a unor mici secții pentru tratarea bolilor psihosomatice. Astfel, Montassut arată că o secție de 18 paturi a putut trata în cursul unui an 674 bolnavi, care altfel ar fi aglomerat spitalul general în care secția a fost înființată.

Importanța deosebită pe care concepția PS o are pentru medicină, în general, constă și în faptul că ea pune la îndemîna medicilor concluzii terapeutice importante. Astfel, dacă numeroase boli recunosc în etiologia lor factorii psihici stresanți, este normal să considerăm psihoterapia ca metodă terapeutică esențială în asemenea situații. Privirea globală pe care medicina psihosomatică o aruncă asupra medicinei, înglobarea în ultima vreme în acest context și a manifestărilor somatopsihice ne dovedesc, așa cum arată Grinker, că răspunsul organismului la boală nu este numai fizic, dar și psihic.

Colaborarea interdisciplinară și formarea echipelor de polispecialiști este unul dintre principiile fundamentale introdus de practica medicinei PS.

2. Psihiatria și medicina generală

Dacă pentru medicina de acum 50—60 de ani problemele psihiatrice ocupau un loc modest, în prezent asistăm la o creștere în progresie geometrică a interesului pentru problemele psihologice și psihiatrice, o adevărată explozie, psihiatria, ca disciplină medicală, fiind împinsă la suprafața preocupărilor de nevoile sociale stringente ale epocii noastre. Putem spune că problemele ridicate de actuala morbiditate psihiatrică în țările avansate sînt similare cu acelea ridicate, cîndva, de marile epidemii care decimau omenirea, căci, la fel ca și atunci, lumea contemporană asistă la o extindere greu de împiedicat a acestor boli — cea de a doua față (de data aceasta negativă) a superindustrializării și a schimbărilor sociale și economice determinată de aceasta. Marele salt pe care medicina secolului nostru l-a făcut înainte, constă, așa cum am mai arătat, în declinul medicinei localizaționiste și a ideii de cauză specifică cultivată de medicina secolului trecut. Reacționînd puternic și negativ față de tendințele medicinei localizaționiste de ultraspecializare și ultratehnicizare cu pierderea personalității umane ca scop al relației medic—pacient, medicina PS a repus în drepturi, în acest context, atît medicina generală, cît și pe medicul generalist, ultratehnicizarea fiind nevoită a ceda locul contactului cald, uman cu bolnavul pe care numai medicul generalist (vechiul medic de familie) îl poate realiza în toată plenitudinea sa. Cu toate acestea, trebuie spus că actualul medic generalist, format într-o școală medicală tradițională, în care învățămîntul biologicizant nu este contrabalansat și de o pregătire psihologică încă nu este pe deplin pregătit teoretic și practic în abordarea problematicilor ridicate de marea explozie a morbidității psihiatrice de care el se lovește în teritoriu. Există, de asemenea, prejudecăți sociale, idei privind incurabilitatea bolnavilor psihici, idei privind caracterul „periculos” sau „agresiv” al bolnavilor cu aspecte psihiatrice, greutăți în interpretarea

unei origini „nemateriale“ (de fapt mecanicist-metafizice) a bolilor psihice. Toate aceste prejudecăți împietesc asupra necesității abordării de către medicul generalist a problemelor psihiatriei.

Pe de altă parte, trebuie avut în vedere că aria problemelor „psihiatrice“ în actualul context al medicinei este foarte mare și el se întinde de la stări de graniță greu de ocolit de către medicul generalist (în primul rînd datorită extraordinarei frecvențe), pînă la psihoze tipice (de obicei ocupînd o proporție modestă doar de 5%, din cazuistica psihiatrică).

Medicul generalist este șocat adesea în contactul său cu bolnavii psihici de unele aspecte spectaculare ale acestora (crize isterice, preocupări ipocondrice) și adesea își poate dirija atenția spre a diagnostica aceste stări ca pe o simulație.

Subliniind necesitatea intervenției generalistului în cazuistica psihiatrică, Mayer-Gross arăta că doar 10% dintre bolnavii cu probleme psihologice ajung de prima dată la psihiatru, ceea ce subliniază cît de mare este sfera de contact a generalistului cu problemele de psihiatrie.

Incidența tulburărilor psihice la populație este, de asemenea, un factor foarte important și conform actualelor baremuri în țările industrializate poate merge de la 1/10 la 1/5 din numărul total al populației (date OMS), din care peste 1/2 sînt bolnavi cu tulburări în sfera emotivității.

O problemă deosebit de importantă cu care un medic generalist, care își propune să abordeze problematica bolnavilor psihici, este și cunoștințele lor și abilitatea lor în problemele sociale (familie, instituții etc.) și a înarmării lor cu cunoștințe psihoprofilactice pentru a putea evita recăderile și reactualizările. Medicul generalist, cunoscînd viața socio-culturală și economică a pacientului, îl ajută astfel, fie direct, fie sprijinind instituțiile de asistență psihiatrică (Serviciile de sănătate mintală și de asistență socială). Dar pentru aceasta el trebuie să dispună de un minimum de cunoștințe teoretice și practice cu care, din păcate, nu este încă înarmat. El trebuie să țină legătura cu rețeaua de asistență psihiatrică și să colaboreze cu psihiatrul atît pentru a trimite bolnavii la timp la specialiști, dar și pentru a putea aplica chiar și anumite forme de psihoterapie care îi sînt accesibile.

Avînd în vedere vastitatea problemei nu ne vom opri decît asupra cîtorva aspecte mai importante, care privesc contactul medicului generalist cu problemele de psihiatrie:

1. Medicul generalist și urgența psihiatrică este una din problemele deosebit de importante ale practicii. Această problemă trebuie tratată eficient, dar, în același timp, uman. Bolnavii vin la medic având deja o simptomatologie definită: agitații, agresivitate, stări anxioase puternice, tentative de sinucidere, stări confuzionale. Deși trimiterea la specialist este regula, medicul generalist trebuie să-i acorde totuși prima asistență calificată. Pacientul va fi tratat cu medicația sedativă cunoscută, dar se va asigura acestuia o supraveghere calificată continuă (medic sau infirmier).

2. Medicul generalist și tulburările psihice apărute la bolnavi somatici cunoscuți constituie o a 2-a situație care poate apare în practică. În cazuri grave apar stări confuzionale, agitație, depresii, idei de sinucidere, stări de anxietate.

Astenia somatogenă este foarte frecventă și apare sub forma unor fenomene de epuizare după muncă, slăbiciune musculară, tulburări de atenție, încetinirea gândirii. Foarte frecvente sînt tulburările emoționale, care pot să se manifeste de la o simplă iritabilitate, pînă la agitație, impulsivitate, labilitate afectivă. La unii bolnavi cronici somatici apar modificări ale personalității (trăsături de caracter deosebite, sînt mai impresionabili, susceptibili, nemulțumiți, mai puțin sociabili, cu un cerc de interese mai redus, nehotărîți, creează conflicte în familie și anturaj). Supraexagerarea ipocondrică, autoobservația exagerată, neîncrederea în vindecare, bănuiala și revendicativitatea sînt factori care apar în cursul tratamentului unui bolnav somatic. Apar adesea la acești bolnavi explozii de nervozitate, mînie, sînt conflictuali, adesea cer numeroase anchete pentru a stabili „adevărul”. În asemenea situații terenul isteric este incriminat. Există chiar unele caracteristici legate de boala somatică, dar de aceste probleme ne vom ocupa detaliat ulterior.

3. Medicul generalist și deteriorările specifice unor boli somatice sau psihice este o altă problemă ridicată de practica medicală. Astfel, la bolnavii cronici pot apare deteriorări intelectuale (ale atenției, memoriei, gândirii). Pot apare, de asemenea, diferite afecțiuni intercurrente. Situația socială și familială a acestor bolnavi evoluează de cele mai multe ori nefavorabil, motiv pentru care bolnavii devin adesea depresivi, anxioși, izolați social, au diminuat potențialul economic, se alimentează mai prost. Este de datoria medicului generalist de a interveni prin toate mijloacele pentru ameliorarea situației bolnavului. Psihoterapia individuală și familială, in-

tervenția la locul de muncă — toate acestea trebuie să ducă la activarea bolnavului cronic, la prelungirea activității lui și la menținerea acestuia în societate.

4. Prevenirea ideilor și tentativelor de suicid este o problemă foarte dificilă cu care medicul generalist este confruntat. În acest sens trebuie evitate, mai ales, influențele iatrogene, diagnostice sau explicații eronate, atitudini „realiste” care nu țin seama de posibilitățile psihologice ale bolnavilor, frica de medic. Este necesar ca toți bolnavii cu depresie indiferent de natura sa să fie examinați timp mai îndelungat și să se discute mai mult cu ei chiar dacă nu au idei evidente de suicid.

O problemă aparte o reprezintă însă depresiunile mascate care sînt cel mai adesea cauză de suicid. De obicei este vorba de o depresiune puțin exteriorizată și, îndeobște, mascată de plîngerii cenestopate și ipohondrice. Pacienții acuză adesea variații meteorologice ale dispoziției, care este legată și de anumite anotimpuri. La femei perioada menstruelor este mai propice tentativelor de suicid.

5. Medicul generalist și problemele psihiatrice „minore”, cadru în care este vorba de o serie de simptome izolate și care nu se pot încă încheia într-un diagnostic (oboseală, cefalee, stare de epuizare etc.), constituie o altă problemă. Adeseori, din exces de zel, se pot stabili o serie de diagnostice, toate, însă, cu risc iatrogen. Raportul medicului cu familia bolnavilor de acest tip este, de asemenea, foarte importantă. O serie de reacții ca: diferite anormalități comportamentale, crize emotive, acuze ipocondrice trebuie înțelese ca reacții în acest context familial și intervenit pe această cale, recomandîndu-se tratarea lor cu indulgență.

6. În fine, o problemă deosebită o ridică în fața medicului generalist patologia psihosomatică pură. Considerate cîndva ca nevroze de organ, manifestările psihosomatice frapază astăzi prin extraordinara ascendență a curbei lor. În practică medicul generalist este confruntat cu o serie de situații, cum ar fi:

- Reacții histerice (diferite sindroame organic-funcționale extraordinar de polimorfe);
- Reacții psihovegetative după emoții puternice;
- Sindroame psihosomatice în fază de organicizare (HTA, ulcer);

— Elaborări ipohondrice nevrotice pe fond organic (tulburări somatopsihice) determinate de factori psihologici și fiziologici.

În fața unui caz psihosomatic, medicul generalist trebuie să realizeze faptul că din punct de vedere psihic el se află ca și în fața unei nevroze și, ca atare, va utiliza aceleași metode de psihoterapie, tranchilizante și ergoterapeutice. Totuși, așa cum am subliniat anterior, și în cadrul bolilor PS plurietiologia este de obicei regula.

7. Tulburări de comportament și de personalitate, deviații sexuale, toxicomanii, situații în care medicul generalist este implicat și care necesită din acest punct de vedere o abilitate deosebită.

Toate aceste problematici deosebite, ridicate în fața medicului generalist de practica medicală a epocii în care trăim, ne arată importanța înarmării medicului, indiferent de specialitatea sa cu principiile de bază ale medicinei psihosomatice și cu acele cunoștințe pe care psihologia le-a adus în acest domeniu.

Așa cum am mai subliniat, psihosomatica modernă a introdus, ca un principiu de bază, colaborarea interdisciplinară. Spitalele noastre moderne, tratamentele moderne trebuie să devină astăzi domeniul echipelor de specialiști diferiți, în care psihiatrul și psihologul își vor ocupa un rol bine determinat.

3. Tulburările somatice la bolnavii psihici

Dacă pînă în prezent ne-am ocupat mai ales de modalitatea prin care factorii psihici pot determina apariția unor tulburări somatice, în cele ce urmează vom schița, rezumativ (deși nu face parte din subiectul propriu-zis), tulburările somatice care apar la bolnavii psihici. Facem acest lucru pentru a dovedi în mod clar importanța unității psihosomatice și somatopsihice.

Tulburările somatice la bolnavii psihici au o dublă semnificație. Astfel, puternicile trăiri afective de la acești bol-

navi pot declanșa, în maniera mecanismului psihosomatic descris anterior, modificări în funcția organelor interne, modificări care se pot organiza și organiciza. Ca și în mecanismul psihosomatic clasic apar și la bolnavii psihici (din vina bolii psihice) modificări ale funcției diferitelor organe, ajungând pînă la faza de organicitate.

Pe de altă parte, bolile somatice produse prin aceste mecanisme și prin oricare altul în cadrul unui tablou psihopatologic, care caracterizează o boală psihică, poate lua forme de manifestare deosebită. Nu s-au întreprins în acest domeniu cel puțin studii de o amploare deosebită, majoritatea datelor reieșind din cadrul unor observații empirice. Se cunosc, astfel, din istoria psihiatriei o serie de asociații celebre care au suscitât la vremea respectivă importante discuții privind legătura lor etiologică (exemplu între schizofrenie și tuberculoză).

În clinica psihiatrică problema tulburărilor somatice este foarte importantă și adesea în marile spitale există secții speciale și specialiști în problemele somatice ale bolnavilor psihici.

Bolnavul psihic adesea fără discernămint se plînge tîrziu de unele acuze somatice, refuză examenul fizic, iar uneori disimulează timp îndelungat simptomele acestor boli. Dieta, efectuarea probelor de laborator, tratamentele specifice devin la marii bolnavi psihici adevărate probleme. Numeroase tratamente active (hormonale, de exemplu) nu sînt tolerate de bolnavii psihici sau pot ele să determine o serie de tulburări, sîu să agraveze pe cele existente (corticoterapia). Fenomene ca negativismul, starea stuporoasă, agitația psihomotorie din unele boli psihice fac imposibil orice contact cu bolnavul, inclusiv orice manevră terapeutică (perfuzii, medicația orală etc.). Există și situația inversă cînd bolnavii cu sindroame psihopatologice exagerează tablourile subiective, caută în mod insistent medicul, solicită medicamente în cantitate din ce în ce mai mare.

Întrucît, așa cum am arătat mai sus, în acest domeniu dispunem de o literatură foarte săracă, în prezentarea ce urmează ne vom folosi de studiul lui G. D. Constantinescu (lucrare de diplomă efectuată sub conducerea științifică a noastră).

Tulburările somatice în nevroze

Studiul lui G. D. Constantinescu găsește la lotul de bolnavi nevrotici studiați următoarele afecțiuni: hipertensiune arterială (28,60%), dischinezii biliare (16,20%), spasmofilie (15,70%), colită (9,50%) precum și un important număr de cazuri cu acuze reumatoide.

Așa cum lesne se poate observa din datele de mai sus, aici este vorba de o serie de sindroame psihosomatice, ceea ce dovedește legătura dintre nevroze și acest tip de afecțiuni. Clinica nevrozelor ne dovedește că bolnavii nevrotici prezintă în simptomatologia lor aproape constant cefalee, senzații subiective neplăcute somatice (mai ales la diferite organe). Astfel, la nivelul sistemului cardiovascular pot apare dureri anginoase, tulburări de ritm, senzația lipsei de aer etc. Apar, de asemenea, tulburări neurologice, ca exacerbaria reflexelor osteotendinoase, tremurături, mișcări automate. Numeroase manifestări viscerale funcționale pot apare și în nevroze (modificări de hemodinamică, paloare, răcirea extremităților, dureri precordiale, dureri epigastrice etc.). Hiperpneea nevrotică poate duce, așa cum vom vedea ulterior, la producerea unei stări de alcaloză și determinarea unor manifestări funcționale variate: paretezii, amețeli, slăbiciune, crize de leșin. Tot în nevroze pot apare tulburări senzoriale, ca: tulburări vizuale (încețoșarea vederii, fosfene), auditive (zgomote în urechi), ale sensibilității tactile și dureroase (paretezii, crieștezii, algii diferite). Foarte frecvente la nevrotici sînt transpirațiile abundente, tahicardia, tremurăturile în cursul crizelor acute de anxietate. Frecvența și persistența diferitelor simptome, fondul anxios pe care se dezvoltă, face adeseori ca atenția pacienților să se polarizeze asupra unor organe pe care bolnavii le studiază, cer numeroase investigații. Uneori neurastenia îmbracă forma unor suferințe organice sau, de cele mai multe ori, bolnavul apare în postura de suferind dublu nevrotică și psihosomatică (HTA, ulcer). Există totuși la acești bolnavi un contrast între simptomatologia deosebit de zgomotoasă și sărăcia fenomenelor obiective.

Tulburările somatice în psihoza maniacodepresivă

În studiul său pe 175 de bolnavi G. D. Constantinescu găsește următoarele incidențe: HTA (43,90%), spondiloză (16,50%), hipertiroidism (10,80%), colecistită (10,80%), spasmofilia (9,10%), dischinezii biliare (8,50%), colita și ulcerul (7,90%), insuficiența ovariană (6,80%), hipotiroidia (6,30%), diabet (2,30%), stenoza mitrală (2,30%), anemie, boala lui Addison, insuficiență aortică, TBC în procentaje mai mici.

Remarcăm și în acest caz paleta largă a sindroamelor psihosomatice (HTA, hipertiroidie, colecistita, dischinezia biliară, colita, ulcerul), ceea ce ne atrage atenția asupra mecanismelor psihosomatice în geneza acestor sindroame. Remarcăm, în treacăt, aspectul descris pe larg în clinica depresiilor privind echivalențele somatice de manifestare a stărilor depresive. În melancolie s-au descris numeroase tulburări somatice (dureri cu aspect reumatoid, algii diferite). Tubul digestiv joacă un rol privilegiat. Pacienții melancolici sînt inapetenți sau chiar anorexici, cu o stare generală saburală a tubului digestiv, cu un peristaltism scăzut, balonare, supraexagerarea microbismului intestinal. Bolnavii, în această stare, au repulsie pentru alimente, grețuri. Constipația este regula (consecință a inhibiției vagale), bolnavii sînt balonați.

Modificările cardiovasculare sînt mai frecvente în formele anxioase, agitate și se manifestă cu palpitații, tulburări de ritm, dureri anginoase. La nivelul aparatului respirator apar senzații de lipsă de aer, dispnee, senzație de sufocare.

Apar, de asemenea, fenomene de polakiurie, disurie sau chiar de retenție urinară.

Contrar depresivului, maniacalul se simte într-o perfectă stare somatică, putînd astfel să disimuleze numeroase simptome organice. Datorită simpaticotoniei pacienții pot prezenta tahicardie, hiperemie, scădere în greutate.

Tulburările somatice în schizofrenie

Constantinescu, pe 500 de cazuri de bolnavi psihici studiați, găsește doar 10 cazuri de schizofrenii, la care se asociază o boală somatică. Bolnavii prezentau diabet, stenoza

mitrală, hepatită cronică, bronșită cronică. Putem remarca din datele de mai sus că în cadrul schizofreniei bolile clasice psihosomatice lipsesc sau sînt foarte rar întîlnite (probabil datorită hiporeactivității afective). În schizofrenie s-a vorbit de o scădere a reactivității organismului și a rezistenței în fața agenților nocivi, o încetenire a schimburilor metabolice și a unor modificări în funcția unor organe și aparate. Astfel s.n.v. este interesat, pacienții prezentînd adesea acrocianoză, transpirații, rigiditate pupilară. Dealtfel Bleuler sublinia că tulburările somatice din schizofrenie pot fi consecința comportamentului lor psihotic (agitație, negativism, igienă deficitară), fie ca o excitație puternică a s.n.v. ca urmare a trăirilor psihotice intense.

În catatonie curbele glicemice plate arată o dereglare diencefalohipofizară (apar atonia capilară, scăderea TA, acrocianoza).

G. D. Constantinescu enumeră la schizofreni următoarele simptome mai frecvente:

Fenomene digestive: scăderea apetitului, a secreției salivare, alterarea diareei cu constipația, la catatonici adesea staza duodenală și insuficiența hepatobiliară (Buscaino a pus în evidență chiar prezența toxinelor colibacilare).

La nivelul aparatului urinar poate apare adesea retenția de urină, polakiuria.

S-au mai descris, de asemenea, o scădere a indicelui oscilometric, amenoree, impotență sexuală, modificări ale tabloului sanghin.

Tulburările somatice în alte boli psihice

Conform studiului lui G. D. Constantinescu, tulburările somatice au mai fost prezente și în cadrul altor boli psihice.

În cadrul reacțiilor psihogene autorul descrie următoarele afecțiuni: HTA (26,6%), hipertiroidie (22,8%), spasmodic (15,2%), colecistită (11,4%), dischinezia biliară și ulcerul (7,6%), diabet, boală mitrală, cardiopatie ischemică (3,8%).

În psihopatii s-au întîlnit spondiloze (21,7%), hepatite cronice și ulcer (15,1%), HTA, hipertiroidie (12,4%), hipotiroidie, colită (9,3%).

În sindromul paranoiac autorul găsește HTA (30%), hipertiroidism, colită, insuficiență ovariană (20%), dischinezie biliară, boală mitrală, colecistită, hepatită cronică (10%).

O problemă deosebită, studiată printre alții în mod deosebit de C. I. Parhon și Constanța Ștefănescu-Parhon, este aceea a tulburărilor endocrine în diferite boli psihice. Parhon a observat la bolnavii psihici o abundență a granulațiilor lipoide sau acumulări de coloid în tiroida schizofrenicilor, cianofilie în epilepsie și psihozele pelagroase. Constanța Ștefănescu-Parhon constată iodemia scăzută în melancolie și crescută în manie. Tot Parhon arată faptul că hiperfuncția tiroidiană ar favoriza sindroamele obsesivofobice. El studiază, de asemenea, greutatea glandelor suprarenale la bolnavii psihici (cea mai mare ar fi la bolnavii cu PGP și cea mai mică la oligofreni).

O importantă teorie privind funcția glandei tiroide și rolul ei în PMD a fost emisă tot de C. I. Parhon. O serie de studii face Constanța Parhon-Ștefănescu privind funcția ovarului și a efectului preparatelor de ovar în bolile psihice, iar Parhon și Milcu găsesc la schizofreni o alterare a glandelor suprarenale, genitale și paratiroidiene. În melancolie s-a pus în evidență o acidofilie crescută în frotiul vaginal. S-au făcut, de asemenea, numeroase referiri la legătura dintre diferitele boli psihice și menstruație.

Cu toate rezultatele studiilor enumerate, nu se poate vorbi pînă în prezent de o corelație directă între o anumită boală psihică și funcția unei anumite glande. De fapt la un bolnav psihic nu numai o glandă este interesată, ci mai multe.

Corelația TBC – bolile psihice

Este o problemă mai degrabă a vechii psihiatrii cînd, din cauza condițiilor azilare, a lipsei tuberculostaticilor, bolnavii psihici și, mai ales, schizofrenii mureau în mod frecvent de TBC. S-a constatat că TBC la bolnavii psihici are o frecvență cu 5—19,5% peste frecvența bolii la populația generală. Adeseori, la bolnavii psihici și, mai ales, la schizofreni, TBC se manifestă asimptomatic sau oligosimptomatic, așa încît depistarea este adesea anevoioasă.

Apariția mai frecventă a TBC la bolnavii psihici este explicată de G. D. Constantinescu astfel:

1. Datorită spitalizării prelungite, a infecțiilor intraspitalicești, a condițiilor precare de igienă;
2. Unele simptome psihice ar favoriza în mod deosebit apariția tuberculozei (negativismul, anorexia).

Din numărul total de cazuri de TBC la bolnavii psihici, 61% se înregistrează în schizofrenii.

4 Boala și reacția psihologică

Întrucît într-o lucrare anterioară (*Psihologie medicală*, 1980) am expus pe larg problematica psihologică a bolii, în general, în prezentul capitol ne vom limita expunerea de o manieră rezumativă, centrată mai ales pe interesul față de concepția psihosomatică în medicină.

Unul dintre principalele merite ale concepției PS în medicină a fost acela al relevării importanței laturei psihologice a bolii (chiar acolo unde organicitatea era indiscutabilă).

În sensul mai larg și actual a medicinei psihosomatice, unul dintre principalele ei obiective îl constituie relevarea și revalorizarea aspectelor reacției psihice a individului bolnav, boala fiind, în fond, o sinteză realizată de psihicul pacientului în care „conștiința bolii“, cum spune Păunescu-Podeanu, poate domina adesea în mod disproporționat asupra substratului „real“ organo-lezional. Rezistența la boală este legată și de maniera în care bolnavul își imaginează boala și capacitatea sa de a înfrunta această boală. În același sens Balint vorbește de „haloul nevrotic“ al oricărei boli, halou care apare ca un însoțitor permanent. Intrînd în boală, arată Barrucaud (citată de Păunescu-Podeanu), bolnavul părăsește logica obișnuită și pătrunde într-o lume „irațională“, dominată de logica instinctelor și a afectivității, o lume egocentrică.

1. Modelul psihosomatic de boală

Așa cum am subliniat în lucrarea noastră sus-citată, modelarea a apărut ca o inovație înnoitoare în cultura contemporană. În acest context am arătat că în domeniul patologiei s-au propus mai multe modele generale de boală, modele care au corespuns, în funcție de epocă, gradului de cunoștințe științifice și concepțiilor generale filozofice. Astfel, cel mai bine încheiat s-a prezentat modelul medical sau fizic de boală, model centrat pe tipul pasteurian al bolii infecțioase. Acest model este centrat pe existența unei leziuni anatomice, pe prezența unui agent extern sau intern, care tulbură armonia organismului și pe existența unor simptome legate de leziunea anatomică.

Concepția filozofică care stă la baza acestui model este o concepție mecanicistă, corpul uman fiind privit ca o mașină, un dispozitiv mecanic. Acest model a făcut posibil descrierea a numeroase entități nozologice. Cu timpul, el s-a încetățenit în domeniul medicinei, menținându-se și după o sută de ani.

Momentul în care s-au manifestat slăbiciunile acestui model a fost atunci când el s-a aplicat fie în cadrul bolilor psihice, fie în cadrul unor boli în care componenta psihică și funcțională era pe primul plan. Cel puțin la 33% din cazuri, subliniază Păunescu-Podeanu, modelul fizic nu poate da o explicație mecanismului patogenetic al bolilor, motiv pentru care a apărut necesitatea găsirii altor modele de boală.

O reacție față de modelul fizic de boală a apărut sub forma modelului psihic, model elaborat de cercetătorii din domeniul psihopatologiei și care a acreditat ideea de boală în afara leziunii. În cadrul acestui model boala nu este, deci, legată de leziune sau substratul anatomic, ci de o disfuncție specială a forțelor psihologice, patologia psihiatrică la care acest model se aplică în special fiind legată de situația relațională, de condițiile omului în societate, în timp ce ponderea bolilor lezionale psihiatrice se consideră foarte scăzută.

Un pas important în explicarea modelului de boală și, am spune, de a uni cele două modele care absolutizau adevăruri parțiale s-a făcut prin introducerea modelului psihosomatic de boală. În cadrul modelului PS, cauzalitatea imediată proprie modelului fizic (de tip leziune-simptom) este depășită, punându-se în evidență modificări patologice complexe, în care leziunea, departe de a fi primitivă, succede o disfuncție mai

mult sau mai puțin prelungită. Tulburări psihice și somatice nu mai apar astfel în opoziție.

Dar pentru a ajunge aici a fost necesar a se depăși noțiunile de conflict, așa cum era acesta privit în concepția pavloviană și freudiană. Modelul psihosomatic de boală introduce între factorii de mediu și organism o mediație și această mediație este reacția psihică — emoția. Acționând asupra organismului factorii mediului extern determină o stare de stres, stare care creează o mobilizare a forțelor organismului. Această mobilizare se face prin intermediul unor modificări funcționale. Apariția leziunii se face tardiv, după o lungă perioadă funcțională, datorită duratei, frecvenței și intensității acestor modificări funcționale. În contextul modelului PS de boală, omul bolnav, ca și cel sănătos, formează o unitate psihosomatică, iar reacția organismului presupune participarea ambilor factori, leziunea apărând tardiv ca rezultat al eșuării totale a apărărilor psihologice și fiziologice ale organismului. S-a subliniat în mod deosebit că în cadrul bolilor organice, simptomele funcționale sînt foarte frecvente (mergînd de la $\frac{1}{3}$ la $\frac{1}{2}$ din ponderea simptoamelor). Presiuni serioase pentru elaborarea unui model PS de boală au venit din partea condițiilor sociale din societatea modernă, în care individul este supus mult mai frecvent ca în trecut frustrațiilor și situațiilor conflictuale. Adeseori, subliniază Nayrac, individul intră într-o boală (chiar evident somatică), caută în ea un refugiu pentru a-și asuma o cît mai mică răspundere pentru conduita lui.

Dacă conceptul de boală lezională este imposibil de aplicat în numeroase cazuri (și mai ales în psihiatrie și boli psihosomatice), trebuie spus că lucrurile sînt încă departe de a se putea considera ca rezolvate. Cohen, de exemplu, anticipase în 1943, ceea ce va deveni foarte popular în ultimele decenii, că boala trebuie să fie privită și ca o deviere de la normal, o anormalitate. În orice caz, problema unui model de boală rămîne încă pentru mult timp o doleanță în aria medicinei.

2. Rolul factorilor psihologici în boală

Importanța factorilor psihologici în boală a fost elucidată de cercetările ultimelor decenii. Psihogeneza, arată Sivadon, nu înseamnă lipsa tulburărilor fiziologice așa cum sînt unii

tentați a crede, deoarece, spune autorul, nu se poate concepe o modificare a dinamicii psihicului fără o corespondență cerebrală. Ceea ce caracterizează psihogeneza, arată tot Sivadon, este că „*această variație fiziologică este impusă de structura situației trăite de persoană și nu de natura fizico-chimică a mediului extern*“. Psihogeneza nu implică, deci, nici absența fiziologicului și nici prezența conștiinței, ci mai degrabă, spune Sivadon, corespunde unei trăiri conștiente sau nu față de o situație și nu față de o variație fizico-chimică a mediului intern sau extern.

În acțiunea sa psihogenetică, factorul exterior, trauma psihică nu reprezintă însă singurul element, ci alături de acesta mai participă și alți factori, cum ar fi o serie de particularități psihologice ale individului, precum și rolul stării generale psihosomatice (boli somatice, subnutriție, surmenaj, stări fiziologice, particularități înnăscute și chiar situația de moment a persoanei respective).

În elucidarea influenței factorilor psihici asupra organismului un moment important, așa cum am arătat mai sus, este introducerea de către Selye în 1936 a noțiunii de stres și a sindromului general de adaptare. Selye introduce în cadrul concepției PS ideea că stresul psihic și stresul fizic nu se deosebesc în esență în ceea ce privește reacția organismului și reacția generală adaptativă. După Sivadon fazele reacției la stres ar fi următoarele:

1. Faza de amenințare cu trăirea psihologică a stresului, ceea ce determină o perioadă de tensiune.

2. Faza de impact, în care individul se află în prezența pericolului și când apar principalele reacții fiziologice (reacții vasomotorii, creșterea adrenalinei). În această fază, arată autorul, crește vigilența, atenția, iar uneori apar comportamente automate.

3. Faza de prelungire a pericolului cu prelungirea stării din faza anterioară (fără a mai fi pericolul).

4. Faza posttraumatică, cu reconstituirea echilibrului fiziologic.

Putem avea astfel o reacție la stres benignă cu tulburarea echilibrului funcțional de scurtă durată (secunde, ore), moderată (zile) sau severă (luni sau chiar ani).

Freud a elaborat teoria angoasei în două etape. Astfel, în prima etapă el oferea o explicație simplistă (angoasa ca rezultatul unei descărcări a libidoului). După 10 ani, Freud reformulează teoria angoasei, aceasta fiind declanșată de un pericol

și asociată unui reflex de autoconservare. Angoasa devine o funcție a eului, un semnal care permite mobilizarea energiilor și reacțiilor de adaptare.

O altă noțiune importantă care privește influența factorilor psihologici este aceea de frustrare. Frustrarea este o situație în care un obstacol modifică conduita subiectului și care are drept consecință ca reacție din partea individului apariția stării de anxietate, angoasă, ură, agresivitate. După Sivadon frustrația este un obstacol, care se opune unui comportament motivat. Reacția la frustrare poate fi normală sau patologică.

Un aport deosebit în elucidarea influenței factorilor psihologici asupra organismului este adus de teoria lui Sivadon privind sensibilizarea și obișnuința. Astfel, la unii indivizi, arată același autor, factorii stresanți duc la obișnuință și la posibilitatea organizării unor apărări mai facile. La alții, din contra, traumatismul psihic duce la o stare de sensibilizare de așa manieră, încât ulterior chiar excitanți slabi pot determina reacții importante. Sensibilizarea necesită uneori timp (luni, chiar ani), dar odată sensibilizarea constituită, o reacție violentă va putea fi indusă chiar de situații frustrante minore de același tip.

O deosebită importanță o au frustrațiile la copii, ceea ce implică mai ales relațiile părinți-copii și relațiile dintre frați. Maturizarea, din contra, ridică pragul toleranței.

Reacția psihologică legată de boală

Boala reprezintă pentru organism o agresiune deosebită, agresiune cu importante consecințe pe plan psihologic. Individul realizează pe plan psihologic boala ca pe o agresiune, ca pe un stres contra propriei persoane, ca o stare de insecuritate sau dezastru. Janis, referindu-se la bolnavii gravi, introduce noțiunea de victimizare. Victimizarea ar apare în perioada acută a bolii sau a accidentului, când pacientul realizează amploarea atingerii integrității sale fizice și, totodată, începe să-și imagineze amploarea handicapului și a situației lui sociale și profesionale. Frica prealabilă, arată autorul, este principalul element care dă amploare reacției de stres și, mai ales, consecințelor afective după trecerea perioadei acute a stresului. Delay și Pichot subliniază și ei că esențialul în cadrul îmbolnăvirilor

este „anxietatea momentului“, posibilitatea unor noi complicații, amenințarea cu noi suferințe și chiar distrugere. În acest sens diagnosticul și prognosticul medicului, subliniază autorii, va avea două funcții contradictorii: va fi un pericol în măsura în care confirmă starea de boală și o speranță că medicul va putea să dea ajutor. Pacientul va accepta sau refuza posibilitatea intrării în boală, motiv pentru care spun autorii în perioada inițială el va putea sau nu să ceară consult medical.

Barkel propune trei scheme topologice inspirate de Lewin privind intrarea în boală:

1. Rezistența la propria slăbiciune;
2. Optimism necritic (refuză acceptarea bolii datorită supraestimării posibilității de vindecare rapidă);
3. Frica de diagnostic și tratament (în fond frica de necunoscut). Uneori se merge la minimalizarea simptomelor bolii.

După Leriche boala poate fi definită prin trei maniere diferite: o anumită stare a corpului, o anumită interpretare a medicului și starea de conștiință a bolnavului. Moron arată că starea de boală este percepută ca o stare negativă, în timp ce conștiința de sănătate se exprimă printr-un sentiment de siguranță. Ceea ce este esențial în această stare ar fi anxietatea. Pacientul poate reacționa la boală prin optimism, pesimism, negare, indiferență sau independență, el poate accepta sau refuza la început ideea boală, fenomen care se exprimă prin momentul și felul adresabilității sale la medic. Felul în care bolnavul apelează la medic (ofertele bolnavului, cum spune Balint) este foarte variat. Astfel, spune Moron, dacă în cazurile simple bolnavul își expune simptomatologia (și odată cu aceasta și diagnosticul, care astfel se pune ușor), în cel puțin 1/3 din cazuri simptomele descrise nu sînt caracteristice și aceasta duce la imposibilitatea stabilirii imediate a unui diagnostic. Astfel, subliniază Balint, bolnavul exprimîndu-și simptomele în fond face medicului o serie de „propuneri de boală“ și acest fenomen va continua pînă cînd între cei doi va interveni un acord, o boală acceptată de ambele părți. Reacția bolnavului după stabilirea diagnosticului va depinde de natura lui și de caracteristicile psihologice ale individului.

Bolnavul își va însuși astfel „rolul de bolnav“, un factor important în condițiile socio-culturale.

Examinînd din punct de vedere psihosomatic problema beneficiului primar și secundar, tot Balint găsește în cadrul trăirii bolii următoarele situații:

1. Satisfacțiile în cadrul trăirii bolii sînt parțiale și umbrite de către suferință;
2. Satisfacțiile constau în ocaziile oferite de boală, printre care și acelea de a se putea sustrage unor relații negative sau frustrante care pun pe subiect în fața unor exigențe excesive;
3. Introversiunea este un fenomen de retragere în măsura în care individul este sustras de la anturaj și, în același timp, concentrat asupra lui însăși;
4. În sfîrșit al 4-lea grup de satisfacții ar fi constituit din ceea ce este desemnat cu termenul de regresie.

Un al 2-lea grup de satisfacții care permit subiectului de a accepta boala sînt beneficiile secundare, boala putînd fi folosită și valorizată. Dacă, privite din afară, beneficiile secundare sînt nesemnificative sau stupide, spune Balint, pentru bolnav ele sînt foarte importante.

Comportamentul în boală

Un element important care determină comportamentul în boală este maniera în care pacientul se informează asupra situației sale. Pentru Barker există trei surse de informație: literatura, experiența medicilor la care a făcut apel, cercetările psihologice expres conduse. După Moron comportamentul bolnavilor este dominat de trei trăsături principale:

1. Strîmtarea orizontului cu diminuarea importanței lumii exterioare, creșterea cenesteziei, centrul atenției devenind alimentația, digestia, excreția;
2. Egocentrismul — lumea personală devenind astfel exclusivă;
3. Comportamentul tiranic și, în același timp, dependent, cu aspect de regresie infantilă.

Nu toți bolnavii reacționează la fel la aflarea diagnosticului. Într-un studiu a lui Wittkower pe 785 pacienți cu TBC, numai 58% din cazuri au făcut un șoc emoțional la aflarea diagnosticului, în timp ce restul au reacționat mult mai ușor. Există chiar situații, arată tot Moron, în care bolnavii sînt chiar fericiți de a fi bolnavi, boala rezolvîndu-le o problemă care

altfel ar fi fost insolvabilă. Oricum, arată autorul, boala aduce totdeauna satisfacții parțiale. Și Poror arată că bolnavii, intrând în boală, prezintă manifestări variabile: tulburări intelectuale, fixare excesivă față de unele preocupări etc.

În cele ce urmează vom urmări schematic punctul de vedere a lui Delay și Pichot privind comportamentul în boală. În viziunea acestor autori pacientul intrat în boală se poate manifesta sub trei aspecte principale: dependența și regresivitatea, evaziunea, exaltarea eului. Puncte de vedere similare am întâlnit și la numeroși alți autori.

Dependența și regresivitatea

Intrat în boală, bolnavul suferă o regresivitate. Boala oferă individului un statut de dependență, statut în cadrul căruia pacientul își justifică slăbiciunea față de el și față de ceilalți. În determinarea stării de dependență se incriminează o serie de factori, dintre care cei mai importanți ar fi: personalitatea bolnavului cu gradul ei de maturitate și de tărie a eu-lui, atitudinea și sollicitudinea celor din jur, natura bolii și, în special, gravitatea ei, atitudinea medicului.

Moron arată că pacientul intrând în boală devine o persoană slabă și dependentă și aceasta mai ales față de medicul său. Medicul, boala și personalitatea bolnavului formează o triadă de factori considerați cei mai importanți. Boch și Sivadon subliniază și ei că orice atingere a integrității personale atrage după sine reacții de protecție de tip regresiv, care duc la reducerea contactului cu mediul și apariția regresivității, considerată un tip de protecție cu aspect părintesc. Astfel, relația bolnavului cu medicul său și alte persoane care îl îngrijesc amintesc prin analogie de relația părinți-copii, deși aceasta rămâne totuși o simplă analogie. Există în acest sens, subliniază Balint, diferite forme de regresivitate, cum ar fi subordonarea oarbă sau revolta irațională, boala oferind adesea ocazia de a se sustrage de la orice tip de relații frustrante. Totuși, Chipail arată că funcția de regresivitate nu este clară. Ea poate fi reprezentată de tendința de a abdica în fața vieții și a durerii, dorința și exigența unor bolnavi de a fi hrăniți, spălați, compătimiti, de a fi îngrijiți de o anumită persoană înțelegătoare sau chiar maternă. Dar aceasta, tot după Chipail, presupune și din partea

medicului și anturajului acceptare, toleranță sau refuz. Nu putem cere bolnavului în regresiune să aibă o judecată matură și discernămint asupra stării sale de boală. Medicul, deși înțelege aceasta, îi vine greu să se adapteze acestei stări de imaturitate afectivă, agresivă, temporar sau definitiv, pe care o provoacă starea patologică și îi este cu atât mai greu, cu cât boala se prelungește. Treptat familia, medicii încep să se dezintereseze de bolnavul cronic, pînă la abandonul său definitiv în fundul unei unități de spital, într-un serviciu de cronici sau spital de psihiatrie.

După Boch și Sivadon regresiunea bolnavilor ar avea următoarele caracteristici:

— Reducerea temporo-spațială, bolnavul ca și copilul trăind în prezent și în spațiul apropiat, nesuportînd așteptarea;

— Egocentrismul — bolnavul ca și copilul vede lumea prin raporturile cu el (nu-și imaginează că și altul ar fi obosit sau bolnav);

— Dependența — bolnavul ca și copilul au nevoie de alții (pentru îngrijire), tiranizînd ca și copilul pe cei din jur.

Personalitatea bolnavului, subliniază Delay și Pichot, se manifestă în cadrul dependenței, prin scăderea responsabilității, ceea ce le poate crea o mare satisfacție. Medicul, spune Balint, trebuie să fie mereu în gardă, deoarece privațiunile determinate de boală pot fi considerate de către bolnavi ca venind de la el, motiv pentru care, după aceiași autori, numeroși pacienți doresc ca medicii să fie mai gentili, să le permită mici abateri de la program. Este ușor să se observe adesea în aceste fapte sentimentul de ranchiună. Se pare că, pe lângă fenomenul de „condiționare nevrotică” despre care am vorbit la început, se poate tot atât de bine vorbi și de fenomenul de „demisie nevrotică” atât de frecvent în prezent, cînd chiar în cazul unor afecțiuni ușoare pacientul este gata „a demisiona” imediat de la obligațiile lui sociale. Acest lucru este mai frecvent la femei și pune serioase probleme comisiilor de expertiză.

Problema evaziunii

Fenomenul de „demisie” de care am amintit mai sus, prin care boala este folosită pentru a scăpa de responsabilitățile pe

care poziția pacientului o cere, este cunoscut și sub denumirea de *fenomenul evaziunii*. După Barkel, bolnavii evazioniști s-ar caracteriza astfel:

1. Exagerează simptomele morbide și diminuează efectele tratamentului. Acest lucru apare uneori în total contrast cu rezultatele obiective ale evoluției bolii. De obicei sînt agravate simptomele subiective, cu dificultăți mari de obiectivizare (vertigii, cefalee, astenie etc.);

2. Au o dispoziție pesimistă. Pe acest fond pacienții sînt dispuși a vedea numai aspectele negative ale situației lor, uneori ajungînd la concluzii catastrofale și în discordanță cu realitatea;

3. Simptomele bolii variază foarte mult în diferite momente (agravîndu-se mai ales atunci cînd bolnavii se știu observați).

Pentru bolnavi, subliniază Moron, boala poate fi un mijloc eficace și comun de a scăpa de o serie de dificultăți. Din acest motiv simptomele pot fi exagerate, efectul tratamentului minimalizat, iar uneori chiar schimbate simptomele.

Delay și Pichot subliniază că evaziunea se poate evidenția tocmai sub aspectul retragerii, introversiunii și regresiei. Astfel, în cadrul retragerii orizontul bolnavilor se strîmtează, legăturile cu mediul se rup. Introversiunea este o retragere în sine, interesul bolnavilor centrîndu-se numai asupra propriei persoane, în timp ce regresia, uneori chiar cu apariția unui comportament infantil, devine o situație de dependență față de medic. Foarte frecvent fenomenele de evaziune sînt legate de existența unei personalități isterice, exacerbate de către stresul conștiinței bolii. Psihanaliștii, și nu numai ei, au vorbit în acest context de problema „refugiului în boală” sau de problema „beneficiului secundar”, boala fiind utilizată pentru revalorizare și pentru a obține un beneficiu care altfel nu l-ar putea obține. Deși fenomenul capătă forme paroxistice, în cadrul isteriei trebuie subliniat că fenomenul se găsește într-o formă mai mult sau mai puțin accentuată în toate bolile și mai ales în cele psihosomatice. Pacienții vor utiliza boala ca pe o adevărată „umbrelă” protectoare pentru a scăpa de asperitățile vieții, pentru a evita factori care, de altfel, au fost direct sau indirect implicați în boala sa. Acest lucru este cu atît mai pregnant astăzi, într-o epocă în care indivizii depind foarte mult de o organizare socială a muncii și a asigurărilor sociale (problema pensiunilor, despăgubirilor sînt legate de aceste fenomene).

Exaltarea eu-lui

Deși ar părea paradoxal, subliniază Delay și Pichot, boala poate crea la bolnav și o satisfacție orgolioasă. Una dintre tendințele cele mai primitive și, din acest motiv mai puternică, este fenomenul cunoscut sub denumirea de *narcisism*. Boala poate constitui pentru unele personalități o sursă narcisică, acest lucru fiind în fond, după aceiași autori, de fapt tot un „*bene-ficiu secundar*”. Astfel, bolnavul poate fi satisfăcut, pentru că medicii, de exemplu, îl consideră „caz interesant” și acest narcisism va fi cu atât mai important, cu cât subiectul are un statut social mai inferior (copii, bătrâni care utilizează boala pentru a se revaloriza în ochii anturajului).

Pentru Moron orice boală reprezintă de fapt o atingere a narcisismului, acesta fiind „*tendința cea mai primitivă și cea mai puternică a spiritului uman și care traduce ceea ce noi simțim inviolabil, imperisabil, important și mai ales demn de a fi iubit*”. În terapeutică narcisismul este un fenomen deosebit de important, Porot vorbind de „*criza psihologică de readap-tare*” după boală.

18

5 Tratamentul în bolile psihosomatice. Relația medic-pacient

În cadrul tratamentului bolilor psihosomatice există o intricare a tratamentelor farmacologice, chirurgicale și psihologice. Dacă primele două tipuri de tratament sînt destinate a influența mai ales aspectele somatice ale bolii, tratamentul propriu-zis constă, în primul rînd, în tratamentul psihologic, la care, ca adjuvant, se adaugă medicația tranchilizantă sau sedativă. Rezolvarea unor stări tensive psihologice, mai ales dacă sindroamele funcționale psihosomatice nu s-au organicizat, pot determina numeroase vindecări spontane. Este foarte greu să se determine, însă, incidența acestor fenomene, dar, fără îndoială, ea se petrece destul de frecvent.

Scopurile terapiei psihosomatice sînt rezumate de către Whitehorn astfel: evitarea morții, depășirea suferinței, evitarea sau depășirea infirmității, la care autorul mai enumeră și o serie de scopuri secundare, ca readaptarea socială, ameliorarea unor probleme sociale sau personale etc.

În funcție de acuitatea sindroamelor psihosomatice, Rado arată că în terapia lor se poate vorbi de un tratament de urgență, un tratament superficial de susținere și un tratament de rezolvare a conflictelor psihologice prin psihoterapie. Medicul și spitalul subliniază Grinker, formează mecanismele instituționale care servesc la rezolvarea problemelor personalității și a motivațiilor. Acestea se datoresc faptului că familia nu le poate rezolva, iar în acest context medicul și spitalul devin un substitut al familiei. Din acest motiv internarea în spital este uneori esențială pentru pacient, deoarece prin aceasta se rupe un cerc vicios, cu efecte psihopatologice. Importanța familiei nu trebuie însă neglijată, deoarece pacientul nu poate sta

la infinit în spital. În acest sens, medicul poate să „manipuleze” pe diferiți membri ai familiei, pentru a pregăti o reîntoarcere a bolnavului în condiții din cele mai bune. Dar nu numai familia trebuie „manipulată”, ci întregul mediu de spital trebuie să ajute la vindecarea bolnavului. Aceasta, după Grinker, este considerată o manieră totală sau psihosomatică de a aborda bolnavul.

Avînd în vedere necesitatea colaborării dintre internist și psihiatru, se pune întrebarea cum trebuie să colaboreze ei sau care este momentul în care bolnavul trebuie tratat de unul sau de celălalt. Fără discuție că medicul somatician, mai ales în condițiile unei instrucții psihologice, adecvate unui învățămînt modern, poate, pînă la un anumit moment, și mai ales dacă problemele psihopatologice ridicate de bolnav nu sînt prea complicate, să se descurce singur. Pacientul va avea nevoie de asistența psihologului și psihiatrului numai atunci cînd medicul somatician este depășit și cînd psihiatrul este capabil de a rezolva stări care depășesc competența somaticianului (forme deosebite de psihoterapie, utilizarea unor doze mai mari de neuroleptice). Abordînd problemele psihologice ale pacientului, terapeutul trebuie să fie convins că numai determinînd pe bolnav să înțeleagă legătura dintre starea sa somatică și problemele psihologice el pregătește terenul pentru un rezultat terapeutic pozitiv. Pentru aceasta, subliniază Grinker, medicul poate chiar să minimalizeze importanța unor simptome fizice. Este chiar periculos, arată Grinker, să se suprimе brusc un simptom psihosomatic, existînd riscul apariției în locul lui a unei decompensări psihotice (chiar suicid). Acest lucru este posibil deoarece simptomul psihosomatic este, de fapt, un mecanism de apărare. Chiar o punere rapidă și a interpretării lor în problema psihologică, subliniază Grinker, este dăunătoare, căci luîndu-i-se simptomul bolnavul rămîne fără o armă, devine incapabil să reziste emoțiilor violente. Fiecare bolnav își are propriul său ritm de vindecare, după cum fiecare copil își are cadența lui de creștere, motiv pentru care tratamentul trebuie început lent, pas cu pas și adesea este necesar să te oprești și să revii la un tratament de susținere. Întrucît bolnavul adesea este expresia unui mediu de familie viciat și a unor relații perturbate, pentru reușita terapiei trebuie incluși și ceilalți membri în cadrul unei psihoterapii de grup. Tot Grinker subliniază că bolnavul, avînd cadența sa de vindecare, adesea o vindecare rapidă este urmată de o recuperare lentă, iar „nevroza vindecării lente” se va trata printr-o relaxare a grabei și pre-

siunilor. Adeseori, însă, acest ritm lent de vindecare îl plictisește pe medicul somatician, care apelează, în felul acesta, nejustificat la psihiatru.

Marea problemă a medicilor de astăzi este lipsa de timp datorită supraaglomerării; psihiatrii sînt solicitați în cel mai înalt grad. Ori bolnavii tocmai de timp și de medici disponibili au nevoie, au nevoie să se confeseze, să fie susținuți. În fond tratamentul unei boli psihosomatice se aseamănă cu acela al unei nevroze și, deci, și aici vindecarea nu se poate afirma decît în măsura în care conflictul psihologic cauzal a fost rezolvat. Marea problemă a acestor bolnavi este că ei colindă prin zeci de cabinete medicale și spitale. Ideal ar fi ca acest lucru să nu se întîmple, dar lucrul acesta este foarte greu de aplicat în practică. Pacientul care are deja o „experiență” medicală este un pacient mult mai dificil de tratat. Încrederea lui în medici, inclusiv în psihiatru, este limitată și la primul eșec este gata să schimbe medicul, pentru ca ciclul să se repete apoi la infinit.

Un lucru deosebit și care diferențiază terapeutică bolilor psihosomatice de a altor afecțiuni este acela că în cadrul ei nu se poate face o diferențiere netă a etapei terapeutice de celelalte etape medicale (anamneză, examen fizic, examene de laborator etc.). În cadrul bolilor psihosomatice primul contact cu bolnavul este deja un act terapeutic, lucru valabil pentru toate etapele prin care trece bolnavul. Primul contact cu bolnavul, subliniază Grinker, este deja terapie și tot ceea ce medicul face ulterior, comportamentul, răbdarea sa, toate au efect terapeutic pentru ca „la un moment dat pacientul să «transfere» medicului rolul important în reeditarea unei nevroze infantile pe care el o va trăi”. Rezultă din acest context marea importanță pe care relația medic-pacient o are în terapeutică bolilor psihosomatice.

1. Relația medic-bolnav

Elementul etico-afectiv, subliniază pe bună dreptate Scripcaru, a conferit elementele de permanență ale practicii medicale și, mai ales, de „grandoare a medicinei” în fața oamenilor. Relația dintre medic și bolnav este pentru medicină o relație su-

premă, medicul ocupînd în acest context primul loc, el fiind, așa cum arată Balint, un suport psihologic pentru bolnav. Orice ezitare sau neputință a medicului perturbă relațiile medic-pacient.

Întrucît am prezentat pe larg problemele privind psihologia relațiilor medic-pacient în volumul *Psihologie medicală*, 1980, în acest capitol nu ne vom referi decît la o serie de aspecte, care privesc în special boala psihosomatică. În cadrul psihosomaticii, de exemplu, problema „comunității culturale” este mult mai dificilă, publicul nemedical (ca și majoritatea medicilor din prezent) fiind adeptul modelului medical sau fizic de boală (după modelul leziune-simptom). Este foarte greu pentru pacient să înțeleagă modalitățile modelului psihosomatic de boală și de aceea medicul trebuie să „convertească” pacientul pentru a înțelege mecanismele psihosomatice, posibilitatea existenței unor boli și sindroamele funcționale. De multe ori medicul trebuie să stea în gardă datorită unor atitudini de ranchiună din partea pacientului care nu este dispus să accepte ușor explicațiile medicului. Există, spune Balint, pacienți hiperexigenți, anxioși, revendicativi, ceea ce solicită din partea medicului suferințe și posibilități crescute de adaptare. Primul pas, așa cum arată tot Balint, este acela de a da un sens suferinței pacientului prin includerea sa în cadrul unui diagnostic, lucru care, în contextul bolilor psihosomatice, nu este totdeauna ușor, pacienții înțelegînd dificil absența leziunilor anatomice. Ca boli funcționale, în primul rînd, ca manifestări nevrotice, bolile psihosomatice pun, ca și în cadrul nevrozelor, pe primul plan problema relației transferențiale, a relațiilor afective, de atașament particular al pacientului față de medic. Și pacientul psihosomatic intrat în boală suferă o regresivitate, stabilindu-se, mai mult sau mai puțin, o stare de dependență. Bolnavii vor transfera astfel asupra medicului atitudinile lor afective, ostilitatea și ambivalențele pe care le-au trăit în relațiile lor, mai ales în perioada copilăriei. Pe de altă parte, contratransferul se poate supraadăuga, ducînd la ruptura relațiilor pozitive medic-pacient.

Gravitatea bolii va determina un transfer mai intens și o dependență mai mare, și invers.

Problema recuceririi autonomiei este ridicată, de asemenea, în cadrul bolilor psihosomatice, vindecarea nefiind desăvîrșită decît atunci cînd dependența încetează și bolnavul își cucerește autonomia.

Una dintre problemele importante ale relației medic-pacient în cadrul bolilor psihosomatice este aceea a comunicării. Neînțelegerea accentuează starea de anxietate. Pacientul neinforma este necooperant, confuz, nesatisfăcut, deoarece orice act medical este în esență stresant. Bolnavul trebuie să știe și să înțeleagă semnificația mesajelor, deoarece boala psihosomatică determină și ea în cadrul sistemului regresiv în care intră bolnavul o stare de alertă, de hipersensibilizare, ceea ce determină rezonanțe afective puternice (Fernandez). Poziția medicului și bolnavului sînt diferite. Dacă pentru medic boala este doar o problemă științifică și obiectivă, pentru bolnav este o problemă emoțională și subiectivă, anxietatea jucînd un rol principal. Pacientul, arată Sivadon, va face „reacția psihogenă” în maniera lui specifică, el își poate exprima direct anxietatea, poate deveni pasiv, indiferent sau, din contra, exigent, ori chiar agresiv față de medic.

Etapele întîlnirii medic-pacient

Bolnavul cel mai adesea, spune Sivadon, vine la medic cu idei preconcepute, în timp ce medicul speră ca bolnavul să corespundă așteptărilor sale. Acest lucru necesită din partea celor două personalități o perioadă de acomodare. Și în cadrul bolilor psihosomatice trebuie ținut cont de ceea ce psihologii numesc „distanța critică” și „teritoriu”. Bolnavul psihosomatic este, în primul rînd, un bolnav nevrotic, sensibil, iar apropierea corporală, locul unde are loc consultul, conotația sexuală a acestor acte are o importanță deosebită. Adeseori bolnavul psihosomatic oscilează în a consulta un medic psihiatru sau somatician. De cele mai multe ori, datorită preferinței care se dă diagnosticului de boală fizică, pacientul va alege sau va fi îndrumat spre un medic somatician sau chiar spre mai mulți specialiști, acest lucru scăzînd și mai mult posibilitatea unei abordări psihologice și reducînd, în același timp, responsabilitatea medicilor.

Examinarea fizică a bolnavului psihosomatic este ca și celelalte etape ale relației medic-pacient, un act terapeutic. Examinarea, observarea pacientului nu trebuie să fie jenantă sau ostentativă, medicul notîndu-și discret atitudinile pacientului. Pacientul, arată Leff, își poate exprima corect simptomele, dar poate fi și dominat de numeroase concepții pri-

vind medicina. Pe lângă rolul exercitat în diagnostic, conducerea discuției are și rol terapeutic. Sînt elucidate astfel aspectele nevrotice și funcționale la care, oricum, examenul fizic nu este de prea mult folos. În acest sens, discuția poate continua chiar în timpul examenului fizic. Sivadon insistă în special asupra metodei anamnezei asociative, pacientul exprimîndu-se liber și numai cînd se oprește trebuie stimulat. Problemele dificile (sexuale, conjugale) sînt lăsate mai la urmă.

Examenul fizic pentru bolnavul psihosomatic, chiar dacă va fi negativ, are o importanță deosebită terapeutică prin rolul său securizant și prin speranța pe care pacientul o pune în abilitatea medicului de a pune diagnosticul. Totuși, reflexele de apărare, conotația sexuală a actului, pot crea probleme la unii bolnavi (copii, tinere fete etc.). Din acest motiv apropierea corporală trebuie făcută cu tact, fără grabă și mai ales cu explicațiile necesare, ceea ce va face ca starea de anxietate să scadă foarte mult. Faptul că examenul este negativ nu trebuie să ne sperie, deoarece există boli psihosomatice la care diagnosticul se sprijină numai pe senzațiile și percepțiile bolnavului, pe starea lui afectivă. În aceste cazuri diagnosticul nu este numai sugerat, ci chiar stabilit de pacient. Totuși, examenul fizic are un mare rol terapeutic, pacientul văzînd în aceasta o preocupare serioasă față de situația lui. Se vor evita totuși comentariile teribiliste privind semnificația unor semne, iar analizele se vor restrînge la maximum. Nu totdeauna, spune Sivadon, ceea ce este interesant pentru medic, este și pentru pacient, motiv pentru care medicul trebuie să fie prudent.

Prescrierea analizelor și investigațiilor trezește adesea în bolnavul psihosomatic frica atît față de actul în sine, cît și față de eventualele rezultate negative.

Problema crucială a examenului fizic și de laborator rămîne, însă, diagnosticul. Uneori un diagnostic vag (de simptom) poate servi în cadrul bolilor psihosomatice ca diagnostic de etapă. Dar bolnavul, arată Bădărău, este un unicat în cadrul generalului și cel puțin într-o treime din cazuri diagnosticul nu se poate stabili de la început. Adesea, sesizează Delay și Deniker, în asemenea situație bolnavii primesc diagnosticul de nevroză, deoarece este un diagnostic din sfera funcțională, care nu implică semne pozitive. Dar diagnosticul, arată Balint, trebuie să cuprindă în el atît simptomele fizice, cît și evaluarea simptomelor nevrotice.

După Bădărău erorile de diagnostic au la bază trei categorii de cauze: cauze care țin de forma bolii, care țin de bolnav

și care țin de medic. Astfel, referindu-se la boală, autorul subliniază că diagnosticul este mai ușor dacă ansamblul de simptome este mai complet, iar desfășurarea bolii, istoricul sînt mai tipice. În ceea ce privește pe bolnav, tot Bădărău arată că o mare parte a diagnosticelor se bazează pe interogatoriul bolnavilor, cu gradul lor de subiectivitate, imaginație, cu tendința de a trece sub tăcere esențialul. Există bolnavi care nu dau atenție fenomenelor patologice prin care au trecut, alții care se supraanalizează, care se tem de o anumită boală, împrumută simptome de la alții. În alte situații este vorba pur și simplu de crearea unei atmosfere de panică și de deformare a istoricului bolii. Dealtfel bolnavii impresionabili sînt adesea prea inhibați în contact cu medicul și răspund afirmativ aproape la toate întrebările care li se pun. Gradul de cultură și inteligența au, de asemenea, importanță, deoarece se poate deforma ușor terminologia sau se poate prezenta în mod confuz, iar uneori, după opinia lui Bădărău, bolnavii duc pur și simplu în eroare în mod conștient pe medic pentru a verifica adevărul unui diagnostic. Bolnavului cu aspect nevrotic, dacă i s-a pus anterior un diagnostic mai grav, se va complăce în acest diagnostic, asistînd la o adevărată „voluptate a catastrofei”. Nici medicul nu este scutit de vină în erorile de diagnostic. Ignoranța, nepregătirea, incompetența (cu formele ei subtile ca adorația diagnosticelor rare, mînuirea unui aparat), dar și neîncrederea în el, îngîmfarea, „diagnosticul șefului” pe care francezii îl denumesc „mandarinat” pot contribui la creșterea numărului de erori de diagnostic (Bădărău).

Etapa terapeutică în medicina psihosomatică

Dacă întregul complex al relațiilor medic-pacient au o valoare terapeutică în medicina psihosomatică, aceasta nu exclude importanța metodelor speciale de tratament, în care relația medic-pacient intră în fază sa cea mai importantă și decisivă. În definitiv scopul final al medicinei și întreaga ei necesitate de a exista se explică în primul rînd prin terapie. Terapeutică ca vechime este egală cu omenirea, deoarece ea s-a născut odată cu suferința. În fond, subliniază Sivadon, prescripția în sine este o „reprezentare teatrală” cu o mare valoare simbolică și cu o dublă semnificație (ceea ce corespunde naturii obiective imediate — medicația, și e ceea ce ea reprezintă).

Păunescu-Podeanu subliniază pe bună dreptate că din istoria teraputicii se relevă două principii care stau la baza ei: principiul naturii vindecătoare și acela al forțelor spiritului. Astfel, subliniază autorul, natura omului este astfel alcătuită, încât orice dereglare a organismului tinde să fie redusă, grație forțelor proprii ale organismului. Pe de altă parte, factorul psihic joacă și el o mare importanță nu numai în cadrul apariției bolii, dar și în cadrul procesului terapeutic.

Terapeutică a oscilat de-a lungul istoriei trecând prin diferite etape în funcție de nivelul de cunoștințe al epocii respective și de unele concepții generale privind organismul omenesc. Veacuri întregi, arată Păunescu-Podeanu, terapeutică a oscilat trecând prin etape ca: empirismul magic, teurgic, transcendent, fantasmagoric. Terapeutică actuală a trecut și ea de la pesimismul extrem la entuziasmul frenetic, depășind grava greșală a neglijării mijloacelor naturale. După opinia lui Păunescu-Podeanu cea mai mare greșală a teraputicii actuale este neglijarea tratamentului psihologic, neglijarea laturii psihologice a relației medic-pacient, lipsind astfel terapeutică de una dintre cele mai importante componente ale ei. Se pare că medicamentul poate să mai compenseze parțial această lacună, medicamentul preluând în mare măsură rolul psihologic și psihoterapeutic pe care altădată îl îndeplinea în mod necondiționat medicul. Dacă în trecut, spune Păunescu-Podeanu, bolnavii credeau în puterea terapeutică a medicului, azi ei cred mai degrabă în „magia” medicamentului, din acest punct de vedere figura medicului fiind „desacralizată”.

Însăși prescripția medicului are în ea o mare influență psihoterapeutică, motiv pentru care ea trebuie să fie amănunțită, detaliată și meticuloasă. Ea va cuprinde sfaturi de viață, sfaturi pentru rezolvarea unor mici probleme personale, dar fără formulări tiranice, draconice.

Prima condiție a oricărei prescripții medicale este aceea că ea trebuie să fie acceptată de către subiect cu încredere. Pentru aceasta, subliniază Sivadon, medicul trebuie să fie calm, mișcările lui trebuie să fie lente și precise, nu trebuie să manifeste nici grabă, nici ezitare. Această siguranță de prescripție este securizantă pentru bolnav. Medicul trebuie să dea bolnavului toate explicațiile detaliat și la nevoie să controleze dacă a fost înțeles. În bolile psihosomatice ca și în nevroze adesea acest fel de atitudine poate duce la obținerea unor efecte terapeutice spectaculoase.

Psihoterapia în bolile psihosomatice

În fond, psihoterapia în bolile psihosomatice nu are prin ea însăși nimic special față de nevroze. Așa cum am văzut, climatul psihologic al relației medic-pacient este deosebit de important în cadrul bolilor psihosomatice, ceea ce ne-a făcut să spunem că în acest cadru terapia începe de la primul contact cu bolnavul. Pacientul intrat în boală va lupta contra anxietății și nesiguranței printr-o serie de tehnici de apărare. Haynal enumeră din acestea câteva:

1. Înțelegerea intelectuală care îi dă posibilitatea unei participări active la tratament;
2. Stăpânirea situației atunci când, în mod aparent, medicul îi lasă posibilitatea de a opri sau devia actul medical;
3. Căutarea securității în pasivitate și dependență.

Așa cum subliniază Frank, la baza tuturor formelor de psihoterapie stă o *speranță*. Apariția neurolepticelor, spune Requet, a bulversat tabloul numeroaselor stări psihopatologice și a făcut posibilă o psihoterapie activă la îndemâna practicienilor a căror interes față de ea este secundar. Acest lucru ar crea „pericolul dispersiei”, dacă nu chiar al dispariției psihoterapiei „*pulverizată în cuprinsul atîtor specialități medicale*”.

Rezumînd elementele favorabile psihoterapiei, Frank enumeră următoarele:

1. O relație de încredere, impregnată emotiv față de un psihoterapeut recunoscut;
2. Un cadru protejat în care pacientul să-și poată spune gândurile și sentimentele sale;
3. O teorie care permite terapeutului de a explica simptomele sau problemele pacientului;
4. Un procedeu bazat pe această teorie și la care să adere atît pacientul, cît și medicul.

Problema eficienței psihoterapiei la bolnavii psihosomatici pune pe primul plan necesitatea creării unei „atmosfera psihoterapeutice”, pe care o instituție sanitară trebuie să o creeze și să o păstreze cu grijă. Numai așa metodele folosite vor avea credibilitate. Speranța pacientului trebuie „speculată” de către psihoterapeut pentru a crea la pacient o „predispoziție psihoterapeutică”, care să facă din psihoterapie un lucru aparte, deosebit, eventual chiar misterios (Frank). În acest sens

asa cum se subliniază în toate lucrările de psihoterapie latura emoțională joacă un rol hotărîtor (Mesmer vorbește de catarsis, — Freud de abreacție).

Pentru Balint toate psihoterapiile, indiferent de teoriile și tehnicile pe care se bazează, ele se sprijină pe cîteva puncte fundamentale:

1. Înțelege omul ca o persoană în totalitate, ca o individualitate unică, cu maniera sa proprie de a simți, voi și înțelege;

2. Înțelegerea universului omului, a relațiilor umane care se dezvoltă în jurul lui;

3. Terapeutul trebuie să înțeleagă dezvoltarea și structura psihicului uman, dar și pacientul să înțeleagă pe terapeut.

Esența tuturor relațiilor terapeutice, subliniază Balint, este că o ființă slabă și suferindă — pacientul — recurge la un terapeut pe care îl crede tare, mai erudit, mai apt de a ajuta.

O altă problemă care face psihoterapia necesară este aceea a incapacității pacientului de a-și manifesta propriile trăiri și sentimente și, în consecință, de a-și controla propriul comportament. Pacienții, spune Frank (și cei psihosomatici în mod deosebit), au greutăți și emoții puternice și penibile în relații cu alții, stima lor față de sine este slabă și resimt din plin sentimentul de eșec. Adeseori este pregnantă slăbiciunea eu-lui (datorită unor incertitudini sociale, a importanței pulsionilor emoționale, agresivității). De aceea toți psihoterapeuții încearcă să determine pacienții în acțiunea de recîștigare a autostimei, căutînd să-i convingă de posibilitatea autocontrolului chiar dacă în cazul bolilor psihosomatice este vorba de controlul unor funcții viscerale. Tehnicile terapeutice trebuie să întărească sentimentul stăpînirii de sine. Nu se poate face psihoterapie, arată Frank, dacă nu se oferă pacientului un viitor.

O mare importanță în cadrul psihoterapiei și în bolile psihosomatice este felul în care pacienții își manipulează sentimentul vinovăției, deoarece ei trăiesc într-un sistem competitiv bazat pe recompensă și pedeapsă. Contradicțiile dintre valorile și structurile sociale, pe de o parte, și cererile persoanei în privința rolului social sînt, după Anna Freud, conflicte cărora indivizii trebuie să le facă față. Bolnavii care vin la psihoterapeut sînt în primul rînd descurajați, ei au pierdut energia și moralul, indiferent de entitatea nozologică pe care o prezintă. Pacienții nu mai pot face față unei situații existențiale, motiv pentru care devin anxioși, deprimați.

Pacienții psihosomatici sînt adeseori triști, au o imagine despre ei nesatisfăcătoare, adeseori sînt rejețați de către cei din jur, nu mai cred în sistemul de valori pe care îl împărtășiseră. De aceea se izolează, nu mai au speranțe, apare anxietatea, agresivitatea, depresia, culpabilitatea, sentimente pe care ei le „exprimă” prin intermediul sistemului nervos vegetativ și a organelor interne.

O altă problemă este aceea că încadrîndu-se în actul psihoterapeutic atît pacientul, cît și medicul trebuie să corespundă „spiritului epocii”, comunității de cultură fără de care comunicarea psihoterapeutică nu este posibilă. De aceea psihoterapia în cadrul bolilor psihosomatice trebuie să fie suficient de lungă, pentru a putea opera în cadrul personalității transformările dorite și posibilitatea ca pacientul să poată lupta contra tendințelor de dezechilibru a homeostaziei sale interne. În acest sens în psihoterapia bolilor psihosomatice foarte important este sprijinul existențial pe care psihoterapeutul să-l poată acorda pacientului prin durata lungă a psihoterapiei și prin accesibilitatea sa.

Deoarece prezentarea tehnicilor psihoterapeutice este destul de bine tratată în diferite manuale sau tratate de psihiatrie, nu ne vom referi asupra lor. Recomandăm în acest sens și lucrarea noastră mai sus citată în care am prezentat principalele tehnici de psihoterapie.

Farmacoterapia în medicina psihosomatică

În afara efectului placebo medicația psihotropă nu are în cadrul medicinei psihosomatice decît un rol simptomatic. Nu ne vom ocupa în cadrul acestui subcapitol de tratamentele specifice medicinei somatice și care vizează tratamentul diferitelor modificări organice sau funcționale care apar în acest cadru. Tratamentul bolilor psihosomatice presupune o strînsă colaborare între psihiatru-psiholog-medic somatician (internist, generalist, chirurg, ginecolog etc.). De altfel, așa cum am mai arătat, dacă amploarea tulburărilor psihologice este mică, medicul somatician poate prelua rolul principal în echipa terapeutică, în timp ce în cazul prevalenței fenomenelor psihopatologice sau a problemelor psihologice ale pacientului, psihiatrul și psihologul au rolul principal.

În cele ce urmează vom face o sumară trecere în revistă a principalelor droguri cu acțiune sedativă sau tranchilizantă, care se pot utiliza în aria medicinei psihosomatice și care, de regulă, sînt apanajul unei clinici de psihiatrie.

a) Medicația sedativă. În acest context se pot utiliza o serie de substanțe, cum ar fi bromurile (în soluție, granule, injecții), sub formă de bromoval, bromsedin, nervocalm, bromură de Ca, o serie de porțiuni care, pe lângă bromuri, conțin și alte substanțe (luminal, cloralhidrat, valeriană). Preparatele de valeriană, alcaloizi de beladona (bergofen, bergonal, distonocalm) sînt larg utilizate în cadrul tulburărilor neurovegetative prezente în clinica bolilor psihosomatice.

Din cadrul substanțelor sedative hipnotice nebarbiturice sau barbiturice se utilizează substanțe ca: cloral hidrat, glutetimida (noxyron), luminalul (mai ales sub forma lauronalului).

O mare utilitate în tratamentul bolilor psihosomatice o are amitalul sodic utilizat fie în tablete, cașete sau soluție injectabilă 5% (întrebuințată în cadrul narcoanalizei).

Și alte preparate cu acțiune hipnotică puternică se pot utiliza în același scop (evipan, baytinal). Tot în această categorie intră ciclobarbitatul, care induce un somn rapid și liniștit, cu stare plăcută la trezire.

b) Medicația neuroleptică. Neurolepticele sînt substanțe psihotrope care se utilizează frecvent în medicina psihosomatică. Trebuie spus de la început că utilizarea diferitelor neuroleptice în bolile psihosomatice trebuie să se facă cu prudență, iar doza să fie stabilită prin tatonaj, deoarece diferențele individuale în ceea ce privește reacțiile la medicamente (mai ales oscilațiile hemodinamice) sînt foarte mari.

Se pot utiliza următoarele medicamente:

Clorpromazina (clordelazinul) ca tablete sau injecții (phlegomazin) de 25 mgr.

Levomepromazina (tablete și fiole a 25 mgr) este un neuroleptic puternic antianxios, dar se utilizează cu prudență datorită puternicei lui acțiuni hemodinamice. În bolile psihosomatice se utilizează mai ales sub forma levomepromazinei de 2 mgr, care se poate folosi în doze individuale cu risc mai mic.

Tioridazina (tablete de 5 și 50 mgr) este medicamentul neuroleptic cel mai utilizat în medicina psihosomatică datorită efectului său sedativ și a toleranței mai bune. Este folosit mai ales sub forma sa de melleril-retard (30, 50, 100, 200 mgr), cu

efecte excelente de anxioliză și sedare lentă fără modificări hemodinamice.

Neuleptilul sau *aoeptul*, *leptylul* (soluție sau capsule) este utilizat în sindroamele cu labilitate emotivă, irascibilitate, insomnie, nervozitate accentuată.

Emetiralul este un sedativ antalgic (diminuează spasmul vascular) și are un efect antiemetic accentuat (25—75 mgr/zi).

Haloperidolul este neurolepticul incisiv cu utilizare frecventă în medicina psihosomatică datorită acțiunii sale de sedare a cenestopatiilor. Se folosește în doze mici, de 10—20—40 picături (10 pic=1 mgr), în combinație cu *romparkinul* pentru combaterea eventualelor efecte extrapiramidale.

O importanță deosebită o au tranchilizantele minore, substanțe care sînt capabile a produce anxioliza fără însă ca în cazul neurolepticelor să aibă concomitent și efect sedativ. Dintre aceste substanțe cităm pe următoarele: *hidroxizinel*, *librium*, *meprobamatul*, *diazepamul*, *rudotelul* etc. Ca și în cazul neurolepticelor, dozele se stabilesc prin tatonaj dar efectele nedorite sînt mult mai rare, putîndu-se utiliza în medie 3—4 tablete pe zi fără nici un risc. Foarte importante sînt formele injectabile a tranchilizantelor minore (în special *diazepamul*), deoarece pot determina la nevoie o anxioliză foarte rapidă.

c) **Medicația antidepresivă.** În unele situații, în clinica bolilor psihosomatice este nevoie a se utiliza o serie de droguri cu acțiune antidepresivă. Se folosesc în funcție de importanța sindromului depresiv, care acompaniază un sindrom psihosomatic. Se pot utiliza o serie de medicamente ca *imipramina* sau *antideprinul*, *anafranilul* sau *surmontilul*.

Mult mai importante sînt antidepresivele cu efect anxiolitic, cum ar fi *nortryptilinele* și *amitryptilinele* (la noi sub forma de teperin tablete de 25 mgr) și care, spre deosebire de antideprin, se poate lua și în a 2-a parte a zilei. Antidepresivele cu efect anxiolitic se pot da într-o gamă mult mai largă de sindroame psihosomatice, în care de exemplu antideprinul este contraindicat.

6 Psihosomatica aparatului cardiovascular

1. Importanța aparatului cardiovascular în mecanismul psihosomatic și somatopsihic

Conștiința colectivă consideră inima ca cel mai important organ al corpului. Moartea subită este asociată cu oprirea inimii, iar frica și tensiunea prelungită este legată tot de activitatea inimii, modificările funcției inimii fiind ușor de constatat în stările de tensiune (modificări de puls, ale TA).

Influența trăirilor psihice asupra inimii constituie o problemă asupra căreia s-au făcut referiri din cele mai vechi timpuri, inima fiind considerată în antichitate drept „sediul” psihicului. Ea este un organ foarte sensibil atât la stimuli fizici, cât și la cei psihici. La indivizii cu posibilități mici de introspecție, arată Grinker, primul indice că există o stare de excitație anormală este o senzație neplăcută în fața inimii. Dealtfel, după același autor, într-o epocă trepidantă, cum este cea din prezent, deja este acreditată ideea că cel mai frecvent se moare de insuficiența musculaturii inimii.

Inima, arată tot Grinker, are o mare importanță în imaginea corporală, pentru că e legată de noțiunea de forță sau slăbiciune, iar durerile și agresiunile în regiunea inimii dau totdeauna ideea de moarte, mai ales că aproape nu există om care să nu fi văzut un bolnav cardiac (durerile cardiace sînt mai frecvente la aceia cu un părinte coronarian).

Frecvența legătură dintre factorii emoționali și aparatul cardiovascular a determinat pe mulți autori să descrie tulburările funcționale ale acestuia sub denumirea de nevroză car-

diacă, cord iritabil, distonie neurovegetativă, denumiri discutabile și contestate de unii autori. Dealtfel, în cadrul nevrozelor sistemul cardiovascular este cointerestat adesea printr-o serie de simptome funcționale, cum ar fi: durerile anginoase, palpitațiile, lipotimiile, extrasistolele, variațiile tensionale etc. Vorbind de importanța factorilor emoționali în patologia cardiacă, Cambers și Reissers (citați de Delteil) arată că insuficiența cardiacă sub forma unor decompensări acute are la bază în 9,2% din cazuri stresul emoțional. Numeroși autori au subliniat în mod pregnant importanța atitudinii afective a medicului și a anturajului față de bolnavul de inimă și că nu totdeauna gravitatea tulburărilor cardiovasculare este direct proporțională cu intensitatea factorilor emoționali stresanți. Un rol deosebit în cointereresarea inimii, după diferitele situații stresante, îl au structura personalității premorbide, precum și o serie de factori biologici, sociali sau psihologici. Ca și în cadrul altor boli psihosomatice, și în cadrul bolilor cardiace o importanță deosebită l-ar avea caracterul utilitar pentru bolnav în măsura în care polarizează anxietatea latentă sau în măsura în care satisface tendințele pasive ale bolnavului pentru fixarea interesului și afectivității celor din jur. Acest lucru este cu atât mai evident, cu cât este vorba de maladii cu caracter cronic și cu cât gradul de invaliditate este mai mare.

În ceea ce privește aspectul somatopsihic existența și chiar descrierea unor tulburări psihice în bolile cardiovasculare este un fapt constatat de foarte multă vreme. Corvisart (citad de Retezeanu) în prima jumătate a secolului al XIX-lea a descris apariția unei puternice stări de anxietate în cadrul unui anevrism disecant de aortă. Autori ca D'Astros, Mike și mai târziu Jakob, Kraepelin considerau că ar exista tablouri psihotice specifice pentru unele boli somatice. Alții, ca Bonhoeffer, din contra, considerau diferitele afecțiuni somatice ca fiind capabile să determine manifestări psihotice comune. Acesta, crezând în existența unui sindrom psihic specific, a introdus termenul de „folie cardiaque“.

Autori vechi ca Jakob au observat frecvența coloritului depresiv și a tendinței la suicid în cadrul tulburărilor psihice cardiogene. Bonhoeffer încerca și el să deosebească psihozele cardiogene de tulburările provenite din „anxietatea cardiacă“, înțelegând prin aceasta apariția unor tulburări funcționale în regiunea cardiacă, dar care la personalități dizarmonice pot să

determine stări de anxietate sau alte tulburări psihice mai grave, inclusiv sindroame confuzionale. Numeroși alți autori, printre care Retezeanu, Enescu etc. au descris în cadrul bolilor cardiovasculare simptome psihiatrice. În ceea ce privește tulburările cardiace la bolnavii cu afecțiuni psihice, Rogers (citată de Constantinescu), făcând un studiu de ansamblu privind această problemă, constată că tulburările oscilează de la 1/6 la 1/150 cazuri.

Gama factorilor etiologici care pot explica bolile cardiace și tulburările psihice care apar în cadrul lor este foarte mare. Interdependența factorilor psihici, organici și de teren formează cheia de boltă a tuturor manifestărilor psihopatologice din cadrul cardiopatiilor. Se înscriu aici o serie de factori, cum ar fi hipoxia, tulburările metabolice secundare, tulburări ale debitului sanghin. Tulburările psihice apar, astfel, ca secundare tulburărilor circulatorii din cadrul unor boli cardiovasculare cu etiologie diferită: boli congenitale, valvulare, infarcte etc. În malformațiile congenitale de inimă adesea se asociază acestora și malformații ale creierului iar tulburările circulatorii se răsfrâng și asupra sistemului nervos. Se mai adaugă la acestea și policitemia secundară, leziuni ale s.n.c. datorate hipoxiei acute și cronice determinate de boală. Aita arată că la autopsia acestor bolnavi se pot constata peteșii, leziuni de congestie cerebrală, demielinizări parcelare, glioze, îngroșarea meningelui și chiar calcificări cerebrale.

La bolnavii valvulari staza venoasă poate duce la fenomene de anoxie cerebrală, lucru intensificat și datorită scăderii debitului sanghin. În insuficiența cardiacă fenomenele de hipertensiune venoasă, staza capilară uneori cu aglutinări hematice intracapilare, edem accentuat pot duce la suferință hipoxică cerebrală. Se adaugă apoi insuficiențele secundare ale altor organe, cum ar fi: insuficiența hepatică, renală, staza pulmonară, bronhospasmul, care accentuează hipoxia și pe cale pulmonară. În sânge apar tulburări ale pH-ului și echilibrului electrolitic, tulburări ale oxidărilor. Un rol important l-ar avea creșterea serotoninei mai ales pe măsura creșterii stazei în mica circulație.

S-ar putea ca apariția tulburărilor psihice în cadrul bolilor cardiace să fie legată și de vicierea metabolismului serotoninei. În insuficiența cardiacă pot apare și alți produși metabolici responsabili pentru apariția tulburărilor psihice.

Explicația mecanismului somatopsihic din hipertensiunea arterială este încă obscur. Se cunoaște faptul că centrii vasomotorii sînt răspîndiți în s.n.c., începînd din măduvă, trunchi cerebral, avînd proiecții pînă în structurile corticale. Stresul psihic are răsunet mai ales asupra axului diencefalohipofizar, tulburînd atît echilibrul endocrin prin intermediul hipofizei, cît și sistemul nervos vegetativ. Arterele cerebrale mari au o inervație vasomotorie care reglează circulația cerebrală creînd astfel pentru creier o oarecare independență funcțională în ceea ce privește circulația. Totuși, cauze extracerebrale și, în primul rînd cardiovasculare, pot determina modificări ale debitului și presiunii în circulația cerebrală. La început sînt afectate în primul rînd formațiunile cerebrale mai îndepărtate de vasul nutritiv. Aceasta face ca în perioada neurogenă a bolii hipertensive unii autori să remarce o exacerbare a trăsăturilor premorbide negative ale personalității, o adevărată caricaturizare a personalității. În stadiul organic al hipertensiunii arteriale întîlnim modificări circulatorii mai mari. Arterele pierd din elasticitate și opun o rezistență mai mare, scade viteza de circulație, fiind nevoie de un plus de presiune pentru irigarea formațiunilor mai îndepărtate. În faze și mai avansate intervin leziuni obstructive, care duc la accentuarea ischemiei și hipoxiei. În afara lipsei de oxigen, neuronul mai suferă și din cauza epurării insuficiente a produșilor de metabolism. După Fieschi autoreglarea fluxului sanghiuin cerebral se face prin intermediul modificărilor presiunii parțiale a bioxidului de carbon și a ph-ului din l.c.r.

Creșterea presiunii parțiale a bioxidului de carbon produce vasodilatație cerebrală, și invers.

Un alt factor care influențează calibrul vaselor cerebrale este presiunea parțială a oxigenului în sîngele arterial. Reducerea acestuia produce vasodilatație cu flux cerebral crescut și invers.

Encefalopatia hipertensivă acută reprezintă o formă cu tulburări neurologice și psihice grave. Fiziopatologic apare o ateropatie severă, însoțită de spasm, arteriolită necrozantă, endarterită proliferativă și edeme. Substratul tulburărilor psihice din encefalopatia hipertensivă îl constituie edemul meningocerebral reversibil sau ireversibil.

2. Principalele boli psihosomatice

În cadrul afecțiunilor aparatului cardiovascular există câteva afecțiuni în care mecanismul psihosomatic este în mod pregnant evident, spre deosebire de celelalte afecțiuni, în care acest mecanism deși prezent, nu este primordial ca importanță.

Tulburările cardiovasculare funcționale

Tulburările funcționale la nivelul aparatului cardiovascular sînt, de fapt, modificări somatice ale unor emoții fundamentale (anxietate, depresie, mînie) și se manifestă cel mai frecvent sub forma unor tulburări de ritm: tahicardie, extrasistole, pseudoangor. Păunescu-Podeanu descrie o serie de tulburări cardiace legate de factorii stresanți, ca:

- Palpitații legate de stările de frică sau angoasă;
- Tulburări de frecvență sau de ritm (tahicardii, extrasistole) legate de aceeași etiologie;
- Dureri precardiace care apar în stările de tensiune psihică;
- Stări lipotimice condiționate psihogen și în care factorul cardiac pare să joace un rol important.

Sub denumirea improprie de „nevroză cardiacă” apar adesea o serie de tulburări funcționale cu localizare cardiacă la personalități hiperexcitabile, la care concomitent există și stări nevrotice. În acest context la bolnavi se manifestă, la nivelul aparatului cardiovascular, o serie de simptome, ca: anxietate cu localizare cardiacă, fobii (frică de moarte subită, senzație că inima se oprește). Adesea fenomenele descrise se asociază cu hiperventilație, sufocare, parestezii și alte simptome de decompensare vegetativă (Haynal).

Astenia neurovegetativă este o entitate frecvent întâlnită în diagnosticele interniştilor. Kolb descrie această entitate ca fiind caracterizată prin uşoară fatigabilitate, palpitații, cefalee, leşin, vertij, frică de efort. Da Costa, în războiul civil

american l-a numit „sindrom de efort“, termen cu care tot Kolb nu este de acord, deoarece starea bolnavilor se instalează și în afara oricărui efort. Ar fi vorba în acest caz mai degrabă de o exprimare a unor simptome emoționale, prin intermediul sistemului cardiovascular, la o serie de personalități dependente și imature. Adeseori, subliniază tot Kolb, sindromul este expresia fiziologică a sindromului de hiperventilație, datorat stării de anxietate. Același sindrom mai este cunoscut, tot în clinica medicală mai ales când se însoțește de tulburări de ritm, și sub denumirea de „labilitate cardiacă“.

Tahicardia paroxistică, asociată uneori și cu extrasistole, este cunoscută adesea sub denumirea de „disritmii funcționale“. Este vorba și în acest caz de simptome de acompaniament somatic a unor stări de angoasă și tensiune. Declanșarea după emoții a crizelor de tahicardie paroxistică este de altfel, un lucru bine cunoscut. Crizele de tahicardie paroxistică se desfășoară adesea pe fondul unei stări de anxietate puternică. Între crize bolnavii adesea resimt aceeași stare de neliniște și așteptare anxioasă.

În stările de frică, subliniază Grinker, apare adesea o erupție violentă și o descărcare de activitate a organismului (creșterea activității cortexului suprarenal, deplasarea sîngelui din zona splachinică în mușchi, accelerarea inimii, creșterea TA). Angoasa cronică, care este o preparare inutilă de luptă sau fugă, arată tot Grinker, nu duce decît la tulburări ale ritmului cardiac și pe care pacientul le resimte ca pe o maladie. De aceea persoanele cu anxietate cronică vor prezenta tahicardie și extrasistole. Însăși tahicardia și extrasistolele sînt prin ele însele angoasante, ceea ce duce la un cerc vicios, care apoi se poate perpetua.

Jouve și colaboratorii constată că la 78% din cazurile cu tahicardie paroxistică, bolnavii au tendințe nevrotice manifeste, iar trăsăturile isterice ale personalității predomină asupra celor obsesive. Personal am constatat la bolnavii cu tahicardie paroxistică prezența a numeroase elemente funcționale și cenestopate. Bolnavii cercetați de noi prezentau o stare de anxietate permanentă exacerbată în perioada crizelor de tahicardie, se considerau legate de aceasta, ca fiind grav bolnavi de inimă, consultau numeroși medici de diferite specialități. Uneori trăsăturile de personalitate pitiatice erau foarte evidente.

Cardiopatia ischemică

Cardiopatia ischemică este una dintre afecțiunile psiho-somatice cardiace cele mai frecvente în condițiile vieții trepidante din societatea modernă.

În etiologia cardiopatiilor ischemice, pe lângă factorii psihici, se mai adaugă și factori genetici sau constituționali. Rosenman și Friedman arată că este vorba de personalități ambițioase, competitive, cu simțul „urgenței timpului“, cu persistența în „multiple vocații“. Vorbind de factorii predispozanți ai bolii coronariene, Truett și Cornfield îi consideră astfel în ordinea importanței: nivelul colesterolului sanghuin, presiunea sistolică, greutatea relativă, hemoglobina, numărul de țigări fumate, anomaliile EKG, vîrsta. Activitatea fizică joacă, de asemenea, rol important (la categoriile de profesii cu intensă activitate fizică, incidența bolii coronariene este mică).

Suportarea bolii este adesea intolerabilă și poate duce la adevărate crize depresive (pînă la suicid). Adesea se stabilește din acest punct de vedere un adevărat cerc vicios, anxietatea duce la vasoconstricție și hiperexcitabilitatea miocardului, care, la rîndul lui, duce la hipoxie și la creșterea anxietății.

Studiile lui Dunbar și Arlow au afirmat în cardiopatia ischemică posibilitatea existenței unui profil psihologic de personalitate. S-a insistat, de asemenea, asupra importanței elementelor funcționale în determinarea crizelor anginoase, insistînd în mod deosebit asupra personalității coronarienilor.

Coronarienii au fost prezentați ca personalități care au frecvent frică de moarte, au sentimentul că sînt abandonați, prezintă idei de culpabilitate. Dunbar consideră coronarianul ca pe o personalitate activă, petrecînd o mare parte a vieții sale în stare de tensiune cu tendințe nevrotice pronunțate. Organizarea pulsională, subliniază Haynal, este caracterizată prin stăpînire și control, frica de a nu pierde controlul. Agresivitatea, subliniază autorul, ia aspectul unei explozii de ură necontrolată, acompaniată de dorința de distrugere a obiectului (a figurii semnificative). Termenii de victorie, dominare, succes apar mereu în comportamentul acestor bolnavi. Foarte frecvent sînt megalomani.

Gildea vorbește de nevoia de autoritate și de caracterul „compulsiv-compensator“ al acestor bolnavi. Deși ocupă po-

ziții sociale mari, prezintă permanent sentimentul de insecuritate și inferioritate.

Rosenman și Friedman subliniază și ei caracterul activ al acestor personalități, tendința de a-și asuma funcții multiple și variate, dorința de a accelera în permanență ritmul vieții, o vivacitate marcată. Deși recunosc și ei aceste caracteristici ale coronarienilor, Rimé și Bonami găsesc la alți coronarieni o dorință a realizării scăzută, pasivitate, gustul pentru relaxare. Arlow vorbește de importanța conflictelor din copilărie, în special acelea legate de autoritate (reacția competitivă mai ales cu tatăl). Coronarienii au comun, după Segers și colaboratorii, atât faptul că au trăit în situații stresante, cât și aceeași sensibilitate față de agentul stresant. Modul de gândire al acestor bolnavi, arată Marty și colab. (citați de Haynal), este de tip „operator“, cu scăderea posibilității de distanțare fantasmatică. Coronarienii sînt adesea duri, compulsivi, anxioși de reușită, terorizați de sentimentul lipsei de timp, cu tendința de a preveni toate criticile, cu dorința de a controla totul rigid, nu numai anturajul, dar și pe el însuși, de a lua totul în serios. După Bonneton bolnavii cu insuficiență coronariană sînt personalități active, întreprinzători, ambițioși, agresivi, pun o investiție enormă în muncă și responsabilitate, sînt în căutarea situațiilor competitive și nu-și pot exprima direct agresivitatea. Adeseori bolnavii sînt nehotărîți, agitați, coleroși. Studiind personal un lot de 60 de bolnavi coronarieni, pe baza examenului clinic și psihologic am putut constata la aceștia trăiri anxioase și stări de insecuritate, trăite fără motivație (40% cazuri), trăsături psihastenice (10% cazuri), pitiatice (30% cazuri), explozivitate (10% cazuri).

Infarctul miocardic

Atît observațiile epidemiologice, cît și cele clinice au confirmat importanța factorilor psihici în infarctul miocardic. Factorii stresanți pot acționa atît direct în declanșarea unui infarct, cît și indirect, prin crearea unei predispoziții particulare pentru arteroscleroza coronariană (este vorba atît în arteroscleroză, cît și în infarct, de o reacție generală a sistemului nervos simpatic).

Schaefer consideră că nici un alt capitol al medicinei moderne nu permite o mai bună ilustrare a conceptului de socio-

fiziologie ca în cazul infarctului de miocard. Numărul infarctelor a crescut enorm (după Schaefer de la 65 la 100 000 loc. în 1952 la 151 în 1965).

Importanța lipidelor în patogeneza infarctului pare a fi de cea mai mare importanță și se pare că stresul psiho-social are în primul rând rolul de a mobiliza rapid depozitele de grăsime și, în special, colesterolul. Aceasta, arată Schaefer, este strâns legată de ambițiile sociale, lipsa cronică de timp, constrângerile de orice fel, creșterea ambițiilor etc. Acest lucru a putut fi dovedit și în experiențele pe animale, stresul ducând la infarct miocardic chiar fără a fi asociat de o obliterare coronariană. Fenomenologia, epidemiologia și fiziologia infarctului miocardic, indică tot Schaefer, este totuși în favoarea recunoașterii rolului unei polietilogii și mecanisme sociofiziologice inclusiv a hiperlipidemiei de determinism genetic sau alimentar.

În infarctul de miocard s-au descris manifestări psihiatrice acute, cum ar fi: anxietatea, frica acută de moarte. Pot apare, de asemenea, convulsii focale sau generalizate, agitație, teamă, amețeli, vertij, stupoare, stare confuzională. Adeseori infarctul este precedat de un episod depresiv ca un prim răspuns la lezarea sistemului de securitate și stimă de sine a pacientului (Haynal). În faza a 2-a depresia dispare și infarctul se declanșează.

Croog și colab. arată că din punct de vedere psihopatologic se pot distinge trei faze în evoluția unui infarct:

1. O fază anxioasă, de câteva zile;
2. O fază depresivă (uneori fatalistă), în care bolnavul este deosebit de vulnerabil psihologic;
3. O fază de reconstrucție, în care pot apare reacții depresive, cu atitudine ulterioară de negație și refuz a maladiei.

După Rabkin infarctul peretelui posterior provoacă adesea stări de depresie marcată (de tip depresie vitală), atingerea simpaticului explicând starea de frică și depresie (activitate reflexă în regiunea hipotalamică).

Infarctul peretelui anterior ar produce, după același autor, euforie, sentimentul de securitate. Acest lucru poate fi explicat, mai ales, datorită hipoxiei din cadrul acestei boli. Autorul citează, de asemenea, în cadrul infarctului de miocard, și apariția atacurilor epileptice. Sechelele psihice ale infarctului de miocard au fost descrise sub forma unor sindroame nevrotice (Michelazzi, Dolgnini), iar psihologic, ca o

creștere a nivelului angoasei (Cleveland, Miller). Dacă infarctul are loc peste 60 de ani, pacientul se adaptează mai bine, în timp ce sub 40 de ani, duce la apariția unor reacții psihice (mai ales depresive) foarte importante. Studiind 538 de bolnavi care au prezentat în antecedentele lor infarct de miocard, Tronchin găsește tulburări psihice tardive numai în 2,8% din cazuri. Autorul arată că în momentul producerii infarctului poate apare uneori o stare confuzională, urmată apoi de o stare de anxietate sau chiar de agitație și agresivitate.

Cheni (citată de Compainella) subliniază legătura dintre boala coronariană și sindromul cerebral manifestat sub 2 forme: fenomene care apar în același timp cu infarctul (sindromul neurologic de acompaniament) și cele care apar după câțiva timp de la infarct (sindromul neurologic în focar). La bolnavii cu infarct și sub regimul de supraprotecție din partea familiei, se sesizează o diminuare totală a eficienței activității psihice. În acest context vocabularul devine sărăcăcios, memoria scade, capacitatea de judecată slăbește, aptitudinea profesională scade. Apar tulburări ale caracterului și dispoziției. Interdicțiile la care este supus bolnavul duc la izolare și pierderea posibilității de a-și verifica comportamentul în mediul social (aceasta datorită dispariției unui stimulent vital — competitivitatea). Explicația tulburărilor psihice ar consta, după Jung, în concomitența leziunilor de scleroză coronariană și cerebrală (uneori scleroza cerebrală este chiar mai avansată). O altă ipoteză ar fi cea psihodinamică, fiind vorba de tulburări circulatorii, pe un fond cerebral modificat. Apariția infarctului reprezintă un stres puternic, care modifică schema comportamentului individului (Compainella). Autorul insistă asupra limitării la maximum a interdicțiilor și o integrare rapidă, folosind metode prin care bolnavul să se poată rapid reabilita. Penrod insistă în mod deosebit asupra rolului pe care emoțiile și profesiunile periculoase îl au în geneza insuficienței coronariene (această boală ar apare mai frecvent la cei care execută profesii mai stresante — parașutiști, militari etc.). Segers și Merteus subliniază faptul că factorii psihologici cresc gradul de aterogeneză a coronarelor.

În declanșarea infarctului de miocard Haynal indică următorii factori predispozanți:

1. Pacienții au sentimentul supraîncărcării în familie;
2. Trăiesc într-un context social-cultural competitiv, motiv pentru care în acest context se poate vorbi și de o anumită selecție genetică;

3. Prezintă tendințe agresive, competitive, ambiția unei situații sociale tot mai înalte;

4. Pacienții se expun unor situații de stres care corespund problemelor lor interioare.

Dacă în infarctul de după 60 ani factorii biologici și cei psihologici se intrică, între 40—50 de ani importanța factorilor psihologici este predominantă. Tot Haynal arată că la bolnavii care au avut infarct sexualitatea este înconjurată de o mare angoasă, bolnavii crezând că excitația sexuală poate declanșa un nou infarct sau o moarte subită, dar acest lucru nu s-a verificat statistic, motiv pentru care adeseori bolnavii sînt supuși unei abstinence nejustificate.

Novovo Alexandro susține că aproape toți coronarienii se caracterizează prin următoarele fenomene:

1. Un oarecare infantilism responsabil de acomodarea facilă la toxicomanii (tabagism, alcoolism), uneori prezentînd o fire prea optimistă;

2. Prezența la acești bolnavi a unei nevroze anxioase cu insomnie;

3. Pot prezenta o adevărată psihonevroză depresivă.

White și colab. descrie tendința unor coronarieni, inclusiv a unor pacienți care au avut infarct, de a nega boala, refuzînd, de exemplu, spitalizarea și nerespectarea recomandărilor medicale în ceea ce privește reducerea activității. Alți bolnavi, din contra, au tendința de a dramatiza simptomatologia lor.

Avînd în vedere importanța deosebită a cardiopatiei ischemice și a mecanismului ei psihosomatic ca factor etiologic determinant, am întreprins personal un studiu asupra a 60 de pacienți cu cardiopatie ischemică în diferite faze de evoluție. Bolnavii studiați de noi au dus realmente o viață stresantă și au prezentat o istorie individuală cu multiple traume psihice și, în special, traume care au durat timp îndelungat. Caracterizînd profilul de personalitate al acestor bolnavi nu putem afirma că un asemenea profil se poate individualiza cu ușurință și că ar exista în mod constant un asemenea profil. Cu toate acestea mulți dintre bolnavii studiați de noi se prezentau ca persoane anxioase, persoane care își compensau sentimentul continuu de insecuritate printr-o activitate continuă și mai ales printr-o neliniște motorie permanentă, imposibilitatea de a sta în repaus mult timp. Adeseori numai o activitate mare sau o funcție importantă în ierarhie putea duce la oarecare liniștire, deși și în acest caz pacienții se considerau

adesea „săpați“ de cei din anturajul lor. O deosebită importanță dădeau aceste persoane importanței manipulării celor din jur, pe care adesea pentru a-i manevra mai ușor îi împărțea în tabere, lor revenindu-le funcția de arbitru.

Anamneza bolnavilor a dus la remarcarea unei stări de anxietate în antecedentele acestor bolnavi cu mult înainte de debutul propriu-zis al bolii. Clinic vorbind, din punct de vedere psihopatologic cazurile studiate au prezentat următoarele simptome: anxietate puternică (60%), depresie combinată cu anxietate (35%), stări de obnubilare sau confuzie mentală (5%). Bolnavii se prezentau în mod deosebit preocupați de gravitatea bolii lor, prezentau idei obsesivo-fobice (tanatofobie, frică de mulțime, frică de accidente vasculare). Reacțiile psihice ale pacienților erau foarte violente, chiar în cazul unor traume psihice minore. Astfel, la o traumă minoră, unul dintre bolnavii noștri a făcut o serie de crize sincopale caracteristice blocului de ramură, iar în alte cazuri, același fenomen a dus la apariția unor stări confuzionale, într-un caz starea repetându-se de 8 ori în decurs de 4 ani.

Depresia s-a manifestat, de obicei, sub forma unui pesimism evident, refuz de a ține dieta, de a se lăsa de fumat etc. Ideile de suicid le-am întâlnit însă rar (5%). Bolnavii erau foarte reactivi la ideea bolii.

În cadrul probelor psihologice pacienții se prezentau descurajați, viitorul le apărea în culori negre. Deși s-a putut remarca în istoricul vieții lor o mare tonicitate și o voință puternică, bolnavii exagerau foarte mult pericolele care i-ar fi pândit, se proiectau direct în situația unor eroi disperați (probleme de proiecție).

Foarte frecvent apărea ideea morții violente, frustrarea fiind foarte frecvent întâlnită.

Hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială este, de asemenea, o boală curent întâlnită, care a cunoscut în cadrul societății moderne o creștere importantă a frecvenței. Se consideră a fi patologică o creștere a TA de peste 140/95 mm Hg sub 40 de ani și de 160/95 mm Hg peste această vîrstă. Creșterea TA în situațiile de luptă sau activitate este considerat un fenomen fiziologic. Efectele nefaste ale creșterilor tensionale devin nocive

într-o societate în care activitatea fizică nu mai constituie baza activității, în care stresurile psihice pot crește tensiunea, dar în schimb, lipsește fenomenul pentru care acest lucru era pregătit (lupta sau fuga). În aceste condiții, subliniază Schaefer, descărcările emoționale duc doar la liberarea grăsimilor în circulație (grație excitării simpaticului), iar creșterile tensionale devin astfel un factor de risc pentru arteroscleroză. În acest fel tensiunile emoționale, care nu sînt contrabalansate de o activitate fizică corespunzătoare, determină mobilizarea lipidelor și, apoi, depunerea lor în peretele arterial. Aceste condiții sînt legate mai ales de viața urbană, în care stresurile și sedentarismul sînt cauze foarte frecvente.

Deși în mod clasic se consideră că TA are un mecanism foarte sever de reglare, Schaefer subliniază că argumentele care se opun unui atare regulator sînt impresionante. S-a probat că doar presoreceptorii controlează numai scăderea presiunii sanguine și nu creșterea ei, sau, cu alte cuvinte, că reglarea se face doar într-un singur sens. Dealtfel, arată tot Schaefer, reglarea creșterii presiunii ar fi dezavantajoasă, căci creșterea TA duce la reacții biologice importante, destinate pregătirii individului pentru luptă. Un asemenea mecanism de control nu ar avea șanse de dezvoltare în sensul teoriei luptei pentru existență. De aceea, spune Schaefer, singurul scop practic al controlului tensional este de a compensa colapsul circulator.

Importanța unor factori etiologici în HTA a fost remarcată de Lang, care arată că surmenajul, traumatismele psihice, emoțiile negative duc la scăderea capacității funcționale a scoarței, cu perturbări funcționale hipotalamice, care duc la hiperexcitabilitate și instabilitate marcată a funcției vasoreglatoare. Kolb arată că hipertensiunea nu este o boală specifică, ci mai degrabă o reacție sistemică datorită unei varietăți de cauze. Cauza principală pare să fie tensiunea emoțională, care acționează prin intermediul s.n.v. asupra inervației vasomotorii. Această stare emoțională nu poate fi suprimată prin acțiunea cuvîntului sau a unui act motor. Personalitatea unor hipertensivi, spune Kolb, este calmă în exterior, în timp ce în interior este vorba de o atitudine gata de agresivitate și ostilitate, de dorință de autoritate. Mulți hipertensivi, paralel cu boala, sînt nevrotici sau au tendințe compulsive.

După Grinker hipertensivul nu-și poate exprima mînia, motiv pentru care el nu va resimți decît faza vegetativă sau preparatorie fiziologică pentru luptă.



Sintetizînd factorii de risc din cadrul HTA, Haynal arată importanța unor situații, ca: mediul urban, clasele defavorizate, cei veniți recent la oraș. Autorul subliniază importanța în patogeneza HTA a anxietății, tensiunii nervoase, miniei, ostilității. Haynal remarcă în cadrul HTA următorii factori:

1. Hipertensiunea arterială este o exagerare a reacțiilor normale ale tensiunii arteriale;

2. Hipertensiunea apare la indivizii predispuși genetic și în condiții speciale de mediu;

3. Indivizii hipertensivi prezintă o inhibiție a tendințelor agresive;

4. HTA este precipitată de situații repetitive de conflict, situații în care trebuie mobilizată agresivitatea;

5. HTA malignă este agravată de situațiile care suscită agresivitatea.

Hipertensivul, arată Gressel (citată de Haynal), este mereu în insecuritate, se simte mereu amenințat, gata de apărare, dar nu declanșează agresivitatea care este necesară (este într-o situație continuă de așteptare). Mulți hipertensivi sînt personalități neurotice, cu un crescut perfecționism și tendințe compulsive. După Lang impulsunile plecate de la hipotalamus determină acțiunea mecanismului presor vasomotor și adrenosecretor. Stările emoționale (mai ales acelea pe care voința le inhibă fără descărcare) duc la crearea de focare de inerție patologică și excitație a centrilor reglatori superiori. I. P. Henry și I. C. Cassel demonstrează că perceperea evenimentelor amenințătoare din universul social are un rol crucial în etiologia HTA, iar Miasnikov descrie o epidemie de HTA în cursul blocadei asupra Leningradului pentru că, ulterior, mulți din acești bolnavi să revină la normal.

Foarte importantă în apariția HTA este o reactivitate particulară vasculară la unii pacienți, reactivitate care pare a fi ereditară (HTA în antecedentele lor familiale). Kolb arată că unii pacienți care suferă de timpuriu de hipertensiune, suferă adesea și de alte manifestări psihosomatice (cefalee, tulburări gastrointestinale, oboseală etc.). Aceste simptome nu se datoresc HTA, ci mai degrabă au cauze psihosomatice comune. Davidson emite ipoteza după care integrarea armonioasă a pulsionilor infantile în normele sociale acceptabile este determinantă pentru dezvoltarea unei societăți stabile, nehipertensive. Ammar vede, de exemplu, rar HTA la triburile care nu au fost supuse aculturației. Chevez constată incidența HTA

la indienii mexicani de 2,6% față de 36,9% la albi mexicani și 57% la negrii din S.U.A.

Există și în domeniul HTA încercări de a desprinde anumite profile de personalitate. Personalitatea hipertensivului s-ar caracteriza, după Haynal, prin inhibiția sa extremă de a satisface tendințele sale majore. Pacienții sînt personalități incapabile de a exprima dorințele lor agresive de independență și de a satisface nevoile lor de dependență pasivă (este, spune Haynal, situația unui vulcan în fierbere înainte de erupție, la care însă data erupției nu a sosit). Pentru că se simte vulnerabil, hipertensivul caută să evite conflictul agresiv, negînd perceperea lor. De obicei medicii au mari dificultăți cu hipertensivii, care sînt adesea ostili, nu țin regimul, nu iau tratamentul. Frecvent, hipertensivii sînt personalități psihastenice incapabile de a exprima și exterioriza liber impulsurile lor agresive. Delteil consideră că toți hipertensivii au mereu o stare de tensiune psihică constantă pe care nu au posibilitatea de a o exterioriza, acționînd astfel pe sistemul vasoconstrictor.

Voiculescu și colab., pe 200 de bolnavi nevrotici constată creșteri ale TA (în special a TA sistolice), mai ales în formele de nevroză depresivă, anxioase, cenestopate.

În ceea ce privește reacțiile somatopsihice, Ozeretki, acceptînd o trecere de la funcțional la organic în HTA, alcătuiește o clasificare a tulburărilor psihice din această boală. După acest autor, în perioada funcțională se remarcă o formă cerebrastenică și o formă agitat depresivă. În perioada de trecere de la funcțional la organic ar exista următoarele forme:

1. O formă cu variații caracteriologice;
2. O formă paranoică;
3. O formă confuzională;
4. O formă pseudodemențială.

În faza organică, autorul remarcă următoarele forme:

1. O formă paroxistică;
2. O formă epileptiformă;
3. O formă pseudotumorală;
4. O formă pseudoparalitică.

Ulterior, Ozeretki a grupat aceste tablouri psihice în patru sindroame:

1. Sindromul paroxistic, caracterizat prin tulburări de conștiință și tulburări neurologice trecătoare;
2. Sindromul confuzional, cu forme variate;
3. Sindromul pseudotumoral, prezentînd în principal simptomatologie de lob frontal;

4. Sindromul pseudoparalitic.

Slucevski adaugă la acestea și sindromul depresiv, caracterizat prin instalarea bruscă a neliniștii, anxietății, ideilor delirante de autoacuzare și urmărire.

Numeroși alți autori au adus contribuții valoroase în ceea ce privește sistematizarea tulburărilor psihice din hipertensiunea arterială. Averbuch susține că HTA se poate caracteriza prin apariția următoarelor grupe de simptome:

- Stări nevrotiforme (inclusiv exacerbarea trăsăturilor de personalitate);
- Stări psihotice afective (anxietate, depresie, delir);
- Stări confuzionale acute;
- Stări dementiale (lacunare, amnestice, postictale);
- Stări pseudosenile.

J. de Ajuriaguerra împarte și el tulburările psihice din HTA în funcție de forma benignă sau malignă a bolii. În forma benignă ar fi vorba de o adevărată formă neuropsihică a bolii hipertensive, caracterizată prin cefalee, vertij, tulburări de vedere, tulburări ale dispoziției. Kraff subdivide tulburările psihice de formă benignă în trei categorii:

1. Forme ușoare, cu pierderea trecătoare a cunoștinței (formă descrisă și de Donzelot);
2. Stări crepusculare, caracterizate prin delir, violență, catatonie;
3. Stări tranzitorii de deprimare și anxietate cu debut brusc, la care se pot asocia grade diferite de confuzie.

În forma malignă a hipertensiunii arteriale esențiale, avem de-a face cu o adevărată encefalopatie hipertensivă. Tulburările psihice și neurologice din această formă, descrise în 1928 de Oppenheimer și Fishberg, sînt grave. Apar tulburări de caracter, tulburări afective, sindroame confuzionale, agresivitate. Sub denumirea de encefalopatie hipertensivă autorii descriu o serie de episoade acute cerebrale, determinate de o hipertensiune forte și caracterizate prin convulsii, cefalee, amauroză, hemiplegie, afazie, comă. Ulterior, termenul a fost lărgit, numeroși autori descriind în acest cadru toate manifestările neurologice și psihice din cadrul hipertensiunii arteriale. Pickering (citată de Deroulsné) arată că termenul de encefalopatie hipertensivă trebuie rezervat unui sindrom acut din cadrul hipertensiunii arteriale severe, asociate cu cefalee, tulburări de conștiință, convulsii.

În ceea ce privește frecvența, Jellinek constată că 6,4% dintre bolnavii cu HTA fac encefalopatie hipertensivă. Csiky

descrie în aceste cazuri stări confuzionale, halucinații, amnezie lacunară, cefalee intensă, agitație, negativism, tulburări de memorie, confabulații. Boala se manifestă, de obicei, brutal, prin crize convulsive, vomă, cefalee, tensiune arterială crescută la valori foarte mari. Apar ulterior tulburări de cunoștință și amauroză. Examenul fundului de ochi arată edem palpebral, retinopatie, hipertensivă. La EEG apar unde lente, ritmul de fond dispăre.

Anatomia patologică a pus în evidență leziuni de edem cerebral, focare ischemice, hemoragii diseminate. Apar leziuni specifice edemului cerebral, leziuni ale arteriolelor, infarcte miliare.

În ceea ce privește patogenia, Byron (citată de Derouesné) arată că, primitiv, apare un spasm arteriolar, provocat de distensia arteriolară datorită hipertensiunii. Spasmul de scurtă durată poate explica accidentele tranzitorii, cele prelungite ducând la edem și infarct. Alajouanine și Fleuret descriu în forma malignă a bolii hipertensive manifestări pseudotumorale.

Personal am studiat un lot de 83 de bolnavi internați pentru prevalența tulburărilor psihice pe fondul hipertensiunii arteriale. Am remarcat la acești bolnavi următoarele 5 forme de manifestare sindromologică:

1. *Sindromul astenic*. Sindromul astenic apărea precoc, încă din faza în care valorile tensionale nu erau prea ridicate. Bolnavii prezintă astenie, cefalee, insomnie, irascibilitate. Pacienții prezentau precoc labilitate afectivă, scăderea puterii de concentrare etc. Uneori pe acest fond apăreau elemente depresive, scăderea memoriei de fixare, stare de anxietate, precum și idei de sinucidere, scăderea capacității de muncă, elemente interpretative și obsesive.

Personalitatea bolnavilor se caracteriza printr-o serie de trăsături psihastenice, de izolare, în alte cazuri fiind vorba de o personalitate ipocondrică.

2. *Sindromul depresiv*. Bolnavii din această categorie prezentau valori tensionale constante și de obicei mult mai mari, o parte din bolnavi având anterior o stare psihastenică. Depresiunea se prezenta în diferite grade de intensitate, de la simpla criză de plîns și modificări mici ale dispoziției, pînă la depresiunea profundă cu idei și tentative de suicid. Anxietatea este frecvent asociată cu depresia. Bolnavii aveau frecvent preocupări ipocondrice.

3. *Sindromul obsesivofobic* a fost prezent într-un număr mai mic de cazuri, bolnavii prezentând o stare de anxietate, precum și idei și acțiuni obsesive.

4. *Sindromul hipomaniacal* caracterizat prin euforie, accelerarea gândirii, iritabilitate.

5. *Sindromul confuzional* întâlnit rar numai în formele cu encefalopatie hipertensivă. Bolnavii prezentau valori tensiionale foarte mari, erau obnubilați, prezentau agitație dezordonată, incoerență, agresivitate, anxietate, halucinații.

Hipotensiunea arterială

Hipotensiunea arterială este un sindrom psihosomatic caracterizat printr-o bogăție de manifestări psihopatologice (fatigabilitate, astenie, cefalee, vertij, irascibilitatea, transpirațiile, lăbilitatea afectivă etc.).

Sincopa hipotensivă este însoțită de o puternică stare de anxietate, senzație de moarte iminentă, de leșin, vertigii. Sincopa, numită adesea și „criză simpatică vasculară” apare, după Haynal, în cadrul unei nevroze vegetative sau distonii vegetative și apare adesea ca o concomitență a emoției, sincopile declarându-se adesea într-o situație stresantă.

Pacientul cu sincopă hipotensivă prezintă paloare, senzație de slăbiciune, transpirații, greață, scăderi a tensiunii arteriale. La EEG apar în asemenea situații unde lente, hipovoltaj, iar în asistolie prelungită (peste 10 secunde) se instalează liniștea electrică (Aita). Dus observă că dacă asistolia durează mai mult, activitatea cerebrală se aplatizează, iar după o oarecare durată, apar bufee de unde theta și delta sincronizate. În situații mai grave, pacientul poate cădea sau poate surveni o stare confuzională. Sincopa survine când subiectul este împiedicat de a părăsi locul conflictului, când posibilitatea de a se retrage activ este tăiată. Adeseori sincopa poate apare atunci când bolnavul vede ceva impresionant (sînge, plăgi mari etc.). Și Grinker arată că sincopa hipotensivă apare atunci când un subiect (normal sau nevrozat) se află în fața unui pericol brusc (scade TA, crește fluxul sanghuin muscular, iar pielea se palidizează). După această fază inițială, pulsul se încetinește, tonusul muscular scade și apare subiectiv o puternică stare de slăbiciune.

Nevrozova observă la bolnavii cu hipotensiune primară o constituție astenică, cu semne de infantilism fizic și o debilitate și nede dezvoltare a sistemului cardiovascular. Astenia s-ar manifesta în special după eforturi mici și progresive în timpul zilei. Jefferson subliniază frecvența lipotimiilor în hipotensiunea oscilantă, arătând importanța pompei musculare în cadrul acestor forme de hipotensiune. Este caracteristică, deci, la acești bolnavi iritabilitatea, capriciozitatea, incapacitatea și slăbiciunea fizică, ceea ce creează la bolnavi un complex de inferioritate, care duce la hiperestezie emoțională și la o tendință spre idei fixe ipocondrice. Pot apare pe acest fond idei interpretative (impresia că lumea ar rîde de bolnav).

Un rol mare îl au tulburările vagotonice: bradicardia, aritmia respiratorie, transpirațiile, răcirea extremităților, sensibilitatea la frig. După gravitatea simptomatologiei psihice în hipotensiunea arterială, Nevrozova face următoarea împărțire:

1. Faza mută, cu paloare generalizată, asurzirea zgomotelor cardiace, puls labil, hidrofilia țesuturilor, cefalee, răcirea extremităților;

2. Fenomenele de stază, cu paloare, acrocianoză, vertij, lipotimie, astenie progresivă, însoțită de idei ipocondrice, scăderea capacității de muncă, halucinații, anxietate;

3. Faza complicată, cînd apar tulburări în circulația sîngelui (stază cu anemie, multiple hemoragii). Clinic apare obnubilarea, excitații dezordonate, halucinații, delir, anxietate.

Tot Nevrozova descrie în hipotensiunea arterială următoarele sindroame psihopatologice:

1. Sindromul astenoadinamic;
2. Sindromul astenodepresiv;
3. Agitație depresivă;
4. Afectivitate inconstantă;
5. Înclinații pentru fixații ipocondrice;
6. Tulburări de conștiință;
7. Sindrom halucinator;
8. Stare paranoică.

Migrena

Migrena este considerată tot ca o disfuncție neurovasculară, la care se adaugă alte simptome somatice și modificări ale dispoziției (Kolb). Migrenoșii provin din familii de ambi-

tioși sau familii convenționale, în care copiii sînt obligați a se conforma în cadrul unor paternuri comportamentale stricte, ceea ce le limitează exprimarea agresivității prin activitate fizică sau verbală. Ostilitatea față de familie este reprimată, ceea ce duce la anxietate și la apariția tulburărilor neurovasculare. Reprimarea instinctului sexual ar duce la o supraadăugare de ură. Personalitatea migrenosului exprimă considerație față de alții, perfecționism, calm în aparență (adesea în familie au mai fost și alți migrenosi).

În apariția migrenei apare adesea o fază premergătoare, cu modificarea dispoziției, care poate dura cîteva ore sau chiar zile. Migrena propriu-zisă se manifestă sub forma unei cefaleei pulsatile, cu senzație de încețoșare a privirii, adesea mucoasa nazală secretă concomitent o substanță apoasă. Durerile sînt agravate de mișcare, lumină și chiar de simpla solicitare a pacientului. Apar modificări în excitația vasomotorie, mai ales în regiunea cefalică. Se constată, de asemenea, grețuri, vărsături.

Uneori sînt semnalate stări migrenoase de mai mică intensitate, sub forma unei cefaleei tensive datorată, așa cum subliniază Kolb, unei stări de tensiune prelungite a musculaturii cefei.

Explicația migrenei constă dintr-o vasodilatație paralică a vaselor meningiene, urmată chiar de edemațierea peretelui lor.

3. Alte boli ale aparatului cardiovascular

Dacă în cadrul bolilor din prima categorie mecanismul psihosomatic predomina asupra celui somatopsihic, în restul bolilor aparatului cardiovascular, fără a nega importanța concepției psihosomatice, aspectele somatopsihice sînt pe primul plan. Adeseori, fiind vorba de boli cronice, acestea influențează direct sau indirect activitatea psihică, pacienții prezentînd importante probleme psihologice și chiar psihopatologice.

Gruhle, Jung, Mayer-Gross, Müller subliniază marea frecvență a sindromului neurastenic în stenoza mitrală, precum și apariția a numeroase senzații subiective, ca: amorțeli, slăbirea picioarelor. Pe 80 de cazuri studiate de noi astenia a fost prezentă în 80% din cazuri. Alături de astenie am mai întâlnit, de asemenea, în mod frecvent nervozitatea, iritabilitatea, labilitatea afectivă, preocupările ipocondrice. Cu toate acestea pacienții nu dau importanță de la început acestor fenomene.

Tot în cazurile studiate de noi pacienții au mai prezentat următoarele sindroame psihopatologice: sindrom depresiv anxios, sindrom depresiv de intensitate mijlocie și mică, sindrom confuzional, paranoid-halucinator, crize de tip comițial.

Numeroși autori au subliniat la bolnavii valvulari modificări ale caracterului și personalității, în sensul unor adevărate stări psihopatoide uneori. La acest fenomen au participat atât factorii fiziopatologici specifici (scăderea oxigenării creierului), cât și cronicitatea bolii și reacția individului, tipul său temperamental. Retezeanu și Elias subliniază că din punct de vedere temperamental mitralii sînt taciturni, pasivi, prezentînd frecvente stări depresive care pot merge uneori pînă la tentative de sinucidere. Bolnavii mai prezintă, de asemenea, o mare sensibilitate la traumatisme psihice, la care adesea reacționează în mod disproporționat. Personal, urmărind personalitatea bolnavilor prin mijloace clinice și psihologice, am putut stabili următoarele tipuri de personalitate: personalități cu aspecte isteroide sau isterice (40% cazuri), personalități psihastenice (20% din cazuri), personalități paranoice (5% cazuri), personalități normale sau cu discrete trăsături astenice (35% cazuri). Remarcăm prezența mare a trăsăturilor isterice de personalitate și parțial a celor cu trăsături psihastenice la bolnavii studiați de noi. Am mai remarcat, de asemenea, la acești bolnavi o imensă componentă reactivă, bolnavii considerîndu-se „condamnați“, infirmi, cu „zilele numărate“. La testele de proiecție s-au constatat tendințe la izolare, fuga de oameni și societate, uneori manifestau invidie față de cei din jur.

Și alți autori (Almăjanu, Postelnicu) au remarcat dificultățile mari de contact la acești bolnavi, iritabilitatea mare,

astenia, tulburările de somn, irascibilitatea, senzația că este abandonat. Autorii mai remarcă și deteriorări intelectuale frecvente la bolnavii cu stenoză mitrală.

Depresia este considerată de numeroși autori ca fiind reprezentată în mod constant. Sînt descrise și alte tulburări ale sferei afective conflictuale. Intensitatea depresiei oscilează de la forme foarte ușoare, imperceptibile la examenul clinic, pînă la depresii intense, profunde, uneori cu stări de agitație, neliniște sau chiar cu aspect confuzional. Destul de frecvent apar și ideile sau tentativele de suicid.

Și anxietatea este frecventă. Pot apare pe acest fond idei obsesivofobice legate în special de posibilitatea accidentelor embolice sau a morții subite. Foarte frecvent apare frica de moarte. Intensitatea mai mare a anxietății la bolnavii mitrali ar putea fi explicată și prin stază pulmonară, care este destul de accentuată în cadrul acestei boli. Se pot remarca, de asemenea, frecvente tulburări de tip funcțional: plîns isteric, pareze trecătoare, teatralism, autoobservare exagerată a simptomatologiei, recalcitrantă, revendicativitate pitiatică. Manifestările psihotice apar mult mai rar și ele constau în apariția unor sindroame paranoid-halucinatorii (bolnavii auzind „voci“ sau se simt persecutați). Adeseori asemenea forme apar atunci cînd bolnavii au suferit traume psihice, în special acelea care privesc abandonarea bolnavului de către familie.

Insuficiența aortică

În insuficiența aortică Retezeanu și Elias subliniază importanța tulburărilor personalității acestor bolnavi. Aorticicii sînt descriși ca fiind capricioși, erotici, uneori cu tendințe paranoide. De obicei bolnavii se prezintă obosiți, acuză tulburări de memorie, uneori pot lua chiar aspectul unor stări demențiale. Acest lucru a fost explicat de unii autori prin aceea că reumatismul care întresează inima, interesează în același timp și vasele cerebrale, creînd fenomene de arterită cerebrală cronică.

Studiind personalitatea la un lot de 30 bolnavi cu insuficiență aortică, am putut depista următoarele tipuri: personalități psihastenice (20%), excitabile (30%), pitiatică (10%), depresivă (5%), normală (35%). În peste 50% din cazuri as-

pectul clinic era psihopatoid, în alte cazuri fiind vorba de sindroame depresiv-anxioase, confuzionale, iar în 10% din cazuri au apărut crize comițiale.

Penarol a remarcat în special marea intensitate a tulburărilor afective și, în special, a anxietății (depresia fiind pe locul doi) la bolnavii aortici. Tot în cazurile studiate de noi s-a pus în evidență marea frecvență a stărilor anxioase și depresive, precum și un important grad de impulsivitate.

Operațiile pe inimă

În ultimul timp intervențiile chirurgicale asupra inimii au căpătat o mare importanță datorită frecvenței lor și a importantelor probleme psihologice și de altă natură pe care le pun. Chirurgia cardiacă presupune variate elemente stresante pentru pacient. Situații stresante nu se limitează numai la actul operator, reacțiile emoționale începînd încă din faza în care apare boala cardiacă, apoi cînd se pune problema intervenției pînă la decizia operatorie propriu-zisă. Actul operator este, de asemenea, stresant. Operația cardiacă, mai ales pe cord deschis, presupune numeroase manevre anestezice, manipulări intraoperatorii, reanimare intensă, probleme de reabilitare postoperatorie. Chiar dacă toate etapele decurg normal, arată Kampman și col., adaptarea pacientului pentru noua situație de după operație este deosebit de dificilă. Dacă în chirurgia generală incidențele psihiatrice sînt rare (0,1% după Knox), în operațiile cu cord deschis ele sînt destul de frecvente (1—19% după Fox). Foarte frecvente sînt manifestările psihiatrice postoperatorii. Astfel Key găsește o incidență de 47% stări delirante postoperatorii, iar Bachly și Starr chiar 57%. Heller subliniază că la o îmbunătățire a metodelor chirurgicale scad foarte mult psihozele postoperatorii (36%, față de cît constatase anterior — 70%). Kolb subliniază că în operațiile cu cord deschis poate apare după un interval liber de 48 ore un sindrom cerebral acut (stare delirantă), care poate dura mai multe zile. Acest lucru este legat în mare măsură de complexitatea operației.

Vorbînd de etiologia tulburărilor psihice din intervențiile asupra cordului, Kampman și col. analizează cauzele organice și psihologice. Zaks afirmă că psihologia singură nu poate ex-

plica simptomele și că în spatele lor trebuie să stea și factori organici. Davenport și col. constată în operațiile pe cord deschis modificări imediate EEG, ceea ce ar corespunde în contextul circulației extracorporale unor simptome ale malnutriției creierului. Și Blauchly (citată de Kampman și col.) consideră psihozele postoperatorii de natură organică, presupunând tulburări ale catecolaminelor, schimbări în balanța serică a proteinelor, multitudinea de stimuli legați de actul operator. Pe de altă parte, nu trebuie uitat că pacienții operați pe cord au dureri intense, fac numeroase perfuzii, sînt înconjurați de un personal numeros, sînt monitorizați, examinați frecvent. Acest mediu, arată Kampman, este distonic și straniu pentru bolnav și poate determina stări de anxietate, iar deprivarea senzorială rezultată din imobilizarea bolnavului, izolarea de familie sînt factori psihologici deosebit de importanți. Prima problemă postoperatorie, arată Abram, este frica de moarte și aceasta nu simbolic, ci real. Tufo și col. constată la operații cu cord deschis leziuni cerebrale, anoxia cerebrală avînd mai ales influență asupra hipocampului. După Kimball (citată de Kampman) următorii factori influențează tulburările psihice postoperatorii:

1. Mediul din sala de reanimare;
2. Deprivarea de somn;
3. Complicații fiziologice;
4. Durata hipotensiunii;
5. Starea de confuzie;
6. Starea emoțională a pacientului.

Toate acestea influențează direct starea de conștiință.

Personalitatea bolnavilor, starea lor psihică anterioară, situația socială și familială sînt de asemenea factori importanți. Astfel, arată Kampman, pregătirea preoperatorie este foarte importantă. Pacienții apatici mor mai ușor, cei cu nevoi mari de dependență fac multe tulburări psihice (anxietate și depresie postoperatorie). Boala de inimă este un factor etiologic (mai ales cînd este vorba de reumatism sau, mai ales, bolile congenitale). Complexitatea operației și durata ei sînt, de asemenea, foarte importante. Pregătirea actului operator, conștiința că va fi operat „pe inimă”, toate acestea pun bolnavul în fața celui mai dramatic moment al existenței sale. Numeroase personalități dizarmonice se pot decompensa cu acest prilej. Ischemia intraoperatorie mai poate depinde și de metodele de antestezie, de eventualele stopuri cardiace. Anoxia cerebrală duce la necroza neuronilor cerebrali, iar fluxul

sanguin redus poate duce la tromboze. Emboliile rămân o problemă deosebit de importantă pentru chirurgia cardiacă. O serie de autori vorbesc de importanța impulsurilor patologice care ar veni de la cordul operat. Aritmia postoperatorie menține, de asemenea, hipoxia, mult timp după operație. În contrast cu cele afirmate anterior, autorii polonezi Krystyna Krause și Herjy Holyst, studiind bolnavi a căror cord s-a oprit mai mult de 5 minute, arată că ei nu au putut constata leziuni anatomopatologice. Din punct de vedere clinic ei descriu la acești bolnavi sindroame catatonice și confuzionice, sindroame Korsakov (cu confabulații puține), sindroame apatobulice.

Kampman, în operațiile cu cord deschis, descrie următoarele diagnostice psihiatrice: psihoze tranzitorii, stări confuzionale, stări delirante, reacții schizoide, nevroze postraumatice și stări catastrofice, iar uneori stări depresive sau reacții isterice. Frecvent pacienții prezintă stări delirante cu confuzie, halucinații, idei delirante, dezorientare. Simptoamele încep între a 2-a și a 7-a zi postoperator și durează 3 zile, după care dispar. Abram descrie „reacția catastrofică”, care ar fi cea mai tipică reacție postoperatorie cu apatie, lipsă de energie (ca supraviețuitor a unei situații importante de stres). Și Meyer observă o asemănare între această stare cu ceea ce se constată la supraviețuitorii unor mari catastrofe. Această reacție dispăre după câteva zile și este urmată de o stare depresivă. Heller (citată de Kampman) clasifică astfel pacienții după felul cum reacționează în sala de reanimare:

1. Stare psihică intactă deși pacientul poate avea o stare depresivă și anxioasă (critica rămâne intactă).

2. Sindrom postoperator organic precoce, care apare imediat după anestezie. Pacientul este dezorientat, poate intra în stare de comă, pot apare tulburări neurologice, insuficiențe organice grave, moarte.

3. Delirul postcardiotomie, care apare după 2—3 zile libere cu halucinații, iluzii, dezorientare, halucinații, idei delirante. Există un delir major și un delir minor. Mai pot apare de asemenea stări stuporoase, mutism catatonic, tulburări neurologice.

În stenoza mitrală operată pe 10 cazuri studiate (comisurotomie) personal am remarcat apariția la acești bolnavi la intervale destul de mari stări confuzionale grave, a unor sindroame deliranthalucinatorii (asemănătoare unor schizofrenii paranoide) și care au cedat la tratamentul neuroleptic. Este

demn de remarcat faptul că la toți bolnavii studiați de noi starea psihică a apărut probabil și datorită unor asocieri cu o situație familială nefavorabilă (la care însă bolnavii au reacționat în mod disproporționat). Anamnestic am remarcat că bolnavii prezentau la început un sindrom neurastenic (astenie, cefalee, insomnie) la care s-au adăugat apoi stări de anxietate și neliniște, într-un caz apărând și idei de sinucidere. Bolnavii se temeau de o nouă operație, inclusiv de un nou cataterism cardiac, aveau coșmaruri și vise terifiante.

Și alți autori, cum ar fi de exemplu Kovalev (care prezintă o cazuistică de 57 cazuri), constată apariția unor psihoze postoperatorii a căror evoluție o împarte în trei perioade:

1. Perioada adinamică;
2. Perioada nevrotică;
3. Perioada de dezvoltare inversă, gradată a fenomenelor astenice.

Kolb arată că uneori în cadrul persistenței invalidității postoperatorii pot apare stări de pasivitate. Alteori au fost descrise apariția unor stări depresive chiar cu idei de sinucidere.

Endocardita lentă

În endocardita lentă tulburările psihice au fost semnalate de către Osler, care atrăgea atenția, în special, asupra unor tulburări de conștiință.

Baza anatomică a tulburărilor neuropsihice din cadrul endocarditei lente o formează encefalita embolică în focar (Wohlmil) sau encefalita cu viridans (Kimmelstiel).

În cadrul endocarditei lente Hațeganu remarcă simptome obișnuite ca: astenia, insomnia, adinamia. Guttermann descrie pe lângă tulburările de conștiință și prezența în cadrul endocarditei lente a unor tablouri depresive sau halucinator-paranoide. Confuzia mentală se poate manifesta cu agitație, sfișierea hainelor, agresivitate, automutilare, țipete, stereotipii de mișcare sau verbale. Pot apare, de asemenea, tablouri psihotice atipice, care se pot declanșa brusc, uneori treptat, cu persistența unor componente delirante, amentive, cu incoerență. Pot apare și sindroame halucinator-paranoide, sindroame schizoide tranzitorii. Noi am urmărit un număr de 4 cazuri de endocardită lentă, constatând în toate cazurile prezența unor sin-

droame de confuzie mintală. Bolnavii erau obnubilați, prezentau stări de anxietate și agitație, într-un caz apărind totodată și accese convulsive. Starea confuzională s-a instalat lent în faza toxico-infecțioasă, în plină perioadă febrilă.

O serie de complicații psihice sînt semnalate în urma diseminărilor embolice din cadrul bolilor cardiace (inclusiv în cadrul endocarditei lente). K. Kendel și S. Fodor subliniază faptul că la vechii cardiaci, mai ales după instalarea viciilor cardiace, se găsesc foarte frecvent emboli în vasele mari, la care se poate asocia și o anumită simptomatologie psihică.

Tulburările psihice sînt condiționate, în parte, de tulburările anatomice, cît și de personalitatea premorbidă a individului și de o serie de factori favorizanți depinzînd de mediul exterior.

Foarte frecvent se semnalează în aceste cazuri depresia și anxietatea. Autorii descriu, de asemenea, stări de agitație, stări confuzionale și delirante, sindroame paranoide halucinatorii. Se subliniază mai ales importanța emboliilor pulmonare. Astfel, din 343 cazuri care au decedat, autorii găsesc la 98 cazuri embolii pulmonare multiple.

Instalarea simptomatologiei psihice acute a coincis cu instalarea recentă a emboliilor pulmonare multiple (după Bonhoeffer aceste simptome psihice s-ar asemăna cu cele întîlnite în cadrul psihozelor reactive exogene). Migrarea embolului la nivel cerebral poate provoca fenomene de ischemie și edem cerebral, spasme arteriale cu apariția pe plan psihic a sindromului confuzional. Emboliile pulmonare ar fi, după Kendel și Fodor, foarte frecvente, cu cît bolnavul este mai în vîrstă.

Cardiopatii congenitale

În cardiopatiile congenitale după Gruhle și colaboratorii, simptomatologia psihică este prezentă în cel puțin 25% din cazuri, în timp ce alți autori descriu la acești bolnavi apariția frecventă și precoce de leziuni cerebrale. Acest lucru ar face drept caracteristică apariția în cadrul acestor afecțiuni a debilității mintale (mongoloidism, hidrocefalie, etc.). Bolnavii sînt în general foarte fatigabili, astenici, se observă la ei un fond general de scădere a activității psihice. Uneori pot apare stări schizofreniforme. Dacă au loc fenomene de anoxie bruscă, pot

apare crize convulsive sau stări confuzionale. Într-un caz urmărit de noi (boala Roger) pacientul prezenta modificări caracteriale, era irascibil, impulsiv, prezenta numeroase cenestopatii.

Epilepsia cardiacă

Se pare că manifestările epileptice la cardiaci sînt mai frecvente la aceia de natură reumatismală, față de numărul de epilepsii în cadrul populației generale. Gerbezius descria încă de multă vreme paroxisme epileptice la bolnavii cu „puls lent“, în timp ce Morgagni, Adams, Stokes atrag și ei atenția asupra unei corelații dintre niște crize comițiale și ritmul rar dintr-o anumită boală de inimă (citată din Haslam și Douglas).

Epilepsia cardiacă a fost descrisă de Lemoine, rămînînd pînă astăzi o problemă mult controversată. Gruhle constată că epilepsia cardiacă ar avea drept cauză repetatele sechele cicatriciale ale unor embolii cerebrale unice sau repetate. Ar exista totuși foarte multe cazuri cu explicație obscură, unii autori descriind în cadrul epilepsiei cardiace chiar modificări ale caracterului specifice epilepsiei esențiale. Hațeganu descrie accese convulsive în cadrul stenozei mitrale.

S-au descris totuși o serie de forme de epilepsie cardiacă cu etiologie mai clară, cum ar fi:

1. Crize convulsive consecutive emboliilor de natură cardiacă;
2. Crize convulsive în cadrul afecțiunilor cardiace, care induc anoxie cerebrală acută. Haslam și Douglas descriu crize scurte de pierdere a cunoștinței, asociate blocului atrioventricular. Autorii descriu un caz cu atacuri convulsive. EEG se modifica după 9 secunde de la apariția blocului atrioventricular, apărînd la început unde cu frecvența de 2 c/sec și de 100—200 microvolți. Revenirea la normal se făcea în 14—18 secunde. Aproximativ la 21 secunde după ultima bătaie ventriculară pacientul scotea un mic strigăt, privea fix cu o expresie pierdută pentru 2—4 secunde, apoi începea o respirație cu hiperventilație, cu respirații profunde și pierderea cunoștinței. La 10—15 secunde după oprirea ventricolului aveau loc scurte convulsii (gîtul se încorda, ochii se deviau spre dreapta, capul se rota tot înspre dreapta, apăreau mișcări convulsive ale extremităților).

3. Crize convulsive din cadrul insuficienței cardiace legate de staza venoasă.

Remarcăm că în general toți autorii sînt de acord că epilepsia cardiacă nu are o desfășurare tipică. Personal am studiat apariția unor crize comițiale, care apăreau la o serie de bolnavi mitrali și aortici. La mitrali crizele convulsive se declanșau după supărări, oboseală și se manifestau prin pierderea timp de cîteva secunde a conștiinței cu amnezie parțială sau chiar totală. Am remarcat în timpul crizelor apariția unor manifestări anxioase, cu senzație de vomă, sufocări, dispnee, cianoză, urmată apoi de o stare de moleșeală și, în sfîrșit, de o pierdere de cunoștință, care, aceasta, pune problema epilepsiei. La examenul EEG am remarcat la acești bolnavi hipovoltaj, apariția de unde theta și chiar anomalii de vîrf undă în FT. În insuficiența aortică crizele comițiale s-au manifestat mult mai tipic. Într-un caz am remarcat chiar prezența unei aure (aură vestibulară), bolnavul prezentînd, dealtfel, toate componentele clinice ale unei crize de *grand mal*. Crizele erau destul de dese și se produceau indiferent de locul în care se afla bolnavul sau de situațiile psihotraumatizante. Am observat, de asemenea, la unii bolnavi apariția unor modificări caracteriale specifice bolnavilor cu epilepsie.

Insuficiența cardiacă

Insuficiența cardiacă este o afecțiune cronică și foarte gravă, motiv pentru care ea determină importante fenomene psihosomatice și somatopsihice. În cadrul insuficienței cardiace Retezeanu descrie apariția unor sindroame confuzionale, stări de agitație psihomotorie, anxietate, precum și o serie de tablouri interpretative (delir cu sau fără halucinații). Și Ewald descrie apariția, destul de frecventă, în cadrul insuficienței cardiace a unui delir halucinator cu anxietate marcată, precum și a unor sindroame confuzionale (uneori cu fenomene onirice). Remarcăm, deci, că insuficiența cardiacă poate să dea naștere la tulburări psihice cu evoluție acută (stări confuzionale cu agitație și anxietate) sau cu evoluție mai lentă (stări delirante cu componentă paranoidă, idei de persecuție, halucinații etc.).

Gordon și Kohen analizează cazuri în care bolnavii prezentau halucinații verbale-motorii sau melancolie delirantă,

cu elemente ipohondrice, delir de negație sau metabolic. S-a notat că evoluția tulburărilor psihice din cadrul insuficienței cardiace urmărește în general evoluția bolii (se ameliorează odată cu boala de inimă). Totuși, o serie de autori au observat apariția tulburărilor psihice, care se declanșează odată cu ameliorarea fenomenelor de insuficiență cardiacă (și țin în special de resorbția edemelor). Baruk vorbind de „balansarea” psihosomatică, subliniază faptul că în epilepsie asocierea cu insuficiența cardiacă duce la rădirea crizelor. Noi am studiat un lot de 100 de bolnavi cu insuficiență cardiacă, pe care i-am împărțit, din punct de vedere a simptomatologiei clinice, în următoarele sindroame:

1. Sindrom depresiv simplu sau cu elemente anxioase sau interpretative (45% cazuri);
2. Sindrom confuzional (50% cazuri);
3. Sindrom hipomaniacal (5% cazuri).

Din anamneză am remarcat preexistența unor stări neuroastenice a căror durată nu s-a putut preciza. Confuzia mintală s-a instalat la cazurile care au avut decompensări grave sau repetate, de cele mai multe ori terminale. Fenomenele confuzionale s-au instalat lent prin obnubilarea progresivă a conștiinței, somnolență, neglijarea regimului și a tratamentului medical. Alteori, în această stare bolnavii deveneau agitați, iar în timpul perioadelor de confuzie apăreau și stări de luciditate, dar și trăiri onirice. Rabkin explică fenomenele confuzionale prin asocierea dintre anorexie și influența produșilor toxici (produși catabolici).

În ceea ce privesc fenomenele depresive, acestea au fost întâlnite de noi foarte frecvent, uneori însoțite de manifestări anxioase sau interpretative. În peste 20% din cazuri bolnavii prezentau idei persistente de suicid, în câteva cazuri fiind vorba chiar de consumarea mai multor tentative. Anxietatea nu se manifesta, de obicei, violent și nu mobiliza prea mult bolnavul, neliniștea manifestându-se în limitele patului. Fondul depresiv și anxios era adeseori propice pentru apariția unor idei cu conținut mistic, a unor idei interpretative de persecuție la care se mai adăugau halucinații auditive și vizuale. Manifestări isterice au fost întâlnite în cazuistica noastră mai rar.

În sfârșit, s-au putut observa și apariția unor stări euforice care contrastau cu starea deosebit de precară în care se găseau bolnavii. Examenul psihologic a evidențiat și el prezența unor stări depresive reactive și a unei lentori psihice accentuate. Se manifesta foarte frecvent ideea sinuciderii, deza-

măgirea, neîncrederea în succesul terapeutic etc. Datorită mării lor fatigabilități, majoritatea bolnavilor nu reușeau să termine un examen psihologic complex.

În ceea ce privește *cordul pulmonar*, Szalzburg și colab. descriu marea frecvență a sindromului neurastenic caracterizat prin cefalee, astenie, anxietate, insomnie. Hațeganu vorbește despre caracterul bifazic al cefaleei cu exacerbare nocturnă, care deșteaptă bolnavul din somn, ducând uneori la inversarea ritmului somnului.

Datorită evoluției îndelungate a bolii, a hipoxiei și a creșterii dioxidului de carbon în sânge, uneori poate apare o adevărată encefalopatie hipoxică. Rabkin subliniază starea de somnolență patologică cronică la bolnavii cu hipoxie constantă (emfizem pulmonar, pneumoscleroză) și apariția, pînă la urmă, a stărilor confuzionale. Revenirea din aceste stări sub influența terapiei poate determina o serie de stări de excitație motorie haotică (un fel de excitație de siguranță).

În *cordul pulmonar cronic* s-au mai descris sindroame depresive sau depresiv-anxioase, uneori apărînd brusc paroxisme anxioase, cu agitație psihomotorie. În alte situații, din contra, pot să apară stări de inhibiție, apatie, inerție pînă la indiferență. S-au descris, de asemenea, apariția unor stări euforice.

Pe fondul de tensiune și anxietate permanentă pot apare uneori stări de excitație psihomotorie, de agresivitate și panică.

În hipoxii grave sau în stări terminale apar sindroame confuzionale, stupoare, uneori cu manifestări onirice. Alteori, după aceste stări, persistă idei obsesivo-fobice, stări depressive, cefalee îndelungată.

151

7 Psihosomatica aparaturii respiratorii

Respirația este o funcție bine controlată de către s.n.c. și există o strînsă legătură între emoție și modificările respiratorii (sînt zone pe cortex și în substanța reticulată care influențează ritmul respirator, iar sistemul limbic controlează tonusul muscular bronhiolitic, precum și secreția de mucus și chimioreceptorii bronșici).

Respirația este sediul a numeroase expresii psihosomatice. Frica de obstrucție face ca orice jenă în respirație să fie trăită anxios, chiar dacă nu se pune în mod real problema lipsei de aer. Respirația este un proces vital, cu semnificații simbolice afective, care permite exprimarea unor nevoi biologice și are, în același timp, și o valoare de comunicare (țipăt, plîns etc.) Păunescu-Podeanu subliniază că respirația permite exteriorizarea viscerală a conflictelor psihice, a tensiunilor nervoase, a stărilor de anxietate, de neliniște, fobie. Rîsul, plînsul, țipătul sînt expresii emoționale, iar hipoventilația și hiperventilația sînt răspunsuri respiratorii față de anxietate, apatie sau depresiune (Kolb). Dealtfel, în clinică s-au observat și alte concomitențe respiratorii ale anxietății. Bolnavii cu nevroză anxioasă, de exemplu, arată Luminet prezintă respirație neregulată, cu suspine profunde. Durerea determină perioade de apnee, iar în unele situații psihologice poate apare hiperpneea.

1. Principalele boli psihosomatice

Există o serie de simptome respiratorii care pot avea origine psihogenă. Dintre acestea Păunescu-Podeanu enumeră dispneea și tusea. Dispneea, de origine psihică, exprimă o stare de tensiune emoțională. Declanșată psihic, dispneea va determina, la rândul ei, o exacerbare a altor fenomene psihice (anxietatea, neliniștea etc.). Bolnavul cu dispnee psihică este mereu în agitație, ritmul respirator este neregulat, respirația este cu șuerături sau oftaturi, suspine.

În privința tusei, tot de origine psihogenă, Păunescu-Podeanu spune că ea poate fi expresia unui automatism (un act automat inconștient), un automatism de durată prin fixare, poate fi expresia viscerosomatică a unor stări de tensiune psihică, uneori chiar o formă de refugiu în boală.

Tulburări funcționale respiratorii

În afara celor descrise mai sus pot apare, de asemenea, o serie de tulburări ale funcției respiratorii, tulburări legate de o emoție. Anxietatea determină la nivel respirator hiperpnee cu agitație, senzația de opresiune toracică.

Rinita funcțională, blocajul nazal, blocajul trompei lui Eustache pot apare ca expresie psihosomatică (legate de stare de tensiune, anxietate). Numeroase alte afecțiuni (rinită infecțioasă, sinuzită, otită) pot constitui efectul secundar al acestor blocaje funcționale. Scăderea proporției de oxigen în aer, aerul viciat pot duce la apariția unor reacții afective. La început, subliniază Grinker, poate apare o falsă impresie de euforie, alterații caracteriale, erori de judecată, tulburări de atenție.

Așa cum se observă, deci, există o adevărată semiologie a respirației legată de stările afective.

Unul dintre fenomenele cele mai dificile care are loc în acest context este *sindromul de hiperventilație*.

Deși este foarte frecvent, sindromul de hiperventilație este foarte greu recunoscut și dificil de tratat. Adeseori, datorită simptomatologiei sale foarte polimorfe, simptomele sin-

dromului de hiperventilație sînt confundate cu simptome ale unor boli cardiace sau respiratorii.

Hiperventilația, subliniază Kolb, este fenomenul fiziologic cel mai frecvent în anxietatea acută.

Din punct de vedere clinic, sindromul de hiperventilație se caracterizează prin vertijii, transpirații, senzație de lipsă de aer, dureri anginoase, mers instabil, respirații superficiale, palpitații, senzație de presiune toracică, dureri precordiale, parestezii în degete, contracții tonice, uneori mergînd chiar pînă la leșin.

Dacă hiperventilația este suficient de lungă, arată Kolb, aceasta duce la reducerea aerului alveolar și a tensiunii de dioxid de carbon în sîngele arterial și scăderea bicarbonatului sanghuin (acidoză). Consecutiv, arată autorul, suferă și alte sisteme fiziologice, cum ar fi rezerva alcalină, modificări urinare, tulburări circulatorii, modificări neuromusculare și chiar modificări EEG. În acest context apar tulburările subiective (vertij pînă la leșin). Treptat apare foamea de aer, dureri precordiale, constricția toracică, iar anxietatea care se declanșează mărește și mai mult hiperventilația, stabilindu-se astfel un adevărat cerc vicios. Dacă hiperventilația persistă, apar chiar tulburări de conștiință asociată cu paloare și colaps vasomotor, puls slab, pierderea cunoștinței, convulsii (Kolb).

Grinker subliniază că anxietatea care declanșează hiperventilația este adesea determinată în cadrul relațiilor interpersonale, a sentimentelor de mînie sau ostilitate și uneori chiar ca rezultat al unor vise sau coșmaruri.

Foarte importantă pentru diagnostic este proba hiperventilației, pe care clinicianul o poate face cerînd pacientului să respire des timp de 2—3 minute, după care acesta este pus să descrie ceea ce simte. De obicei pacientul trebuie să descrie aceleași simptome pentru care el se plînge și care au determinat venirea lui la medic.

Bolnavul, subliniază Kolb, trebuie făcut conștient de mecanismul fiziologic al sindromului de hiperventilație pentru ca apoi, printr-o discuție psihoterapeutică, pacientul să se poată exprima privind situația lui în mediul social.

Astmul bronșic este o boală psihosomatică caracterizată prin prezența unui sindrom respirator paroxistic (dispnee, în special expiratorie) și prezența unor tulburări interparoxistice, mai ales de natură neuropsihică. Există mari diferențe epidemiologice privind prevalența astmului în funcție de alergeni, calitatea stresului, poluare, infecții sex etc. Astmul bronșic în ciuda polietilogiei sale este una dintre cele mai discutate boli din punct de vedere psihosomatic. Astmul este considerat ca o boală psihosomatică majoră și a fost intens cercetat de către numeroși autori.

Importanța factorilor psihici în geneza astmului este o observație veche și foarte frecventă. Legătura țipăt-respirație face parte din primele mecanisme ale relației umane a copilului (legătura mamă-copil). În caz de frustrare, subliniază Grinker, apar la copil mișcări generalizate, care pot fi considerate ca un precursor al mâniei și anxietății. Paralel cu aceste țipete se remarcă și o accelerare a ritmului respirator. Respirația și țipătul apar astfel ca importante forme de comunicare la această vîrstă.

Frank și Leigh construiesc un model complex al crizelor astmatice. La început crizele astmatice ar apare la alergeni (excitanți necondiționați), pentru ca apoi să se transforme în răspuns condiționat la stimuli neutri (pe baza principiului condiționării clasice).

Pentru Hațeganu astmul bronșic este un sindrom respirator cu mai multe cauze: terenul local favorizant (în acest sens Danielopolu vorbește de sensibilitatea pulmonară histiogenă) și terenul general predispozant și determinant și care este dominat de trei mari instabilități: instabilitatea corticodiencefalo-vagosimpatică, instabilitatea endocrinoviscerală și instabilitatea neurohumorală.

Kolb subliniază faptul că o criză astmatică poate apare și în afara alergenului (de exemplu la prezentarea lui sub forma unui desen) sau la o anumită oră, aceasta dovedind importanța condiționării în criza astmatică. Dealtfel Makenzie a demonstrat că primele accese de astm urmează un mecanism reflex condiționat.

Intrarea bolilor alergice în domeniul medicinei psihosomatice s-a făcut, după J. Cain, în cursul a trei perioade:

1. În 1860 Henry Hyde Slaver, descriind astmul bronșic, raportează numeroase cazuri în care constată că emoțiile pot juca rol important în declanșarea crizei, pentru ca în 1898 J. Flower, descriind o formă de astm „isteric”, să atragă pentru prima oară atenția asupra personalității.

2. A doua perioadă ar începe din 1905 și corespunde la o serie de cercetări divergente și puncte de vedere opuse (în special Freud, care vede motivul bolii încă din copilărie).

3. A treia perioadă ar corespunde epocii de explicații psihanalitice asupra astmului (începînd cu Dunbar, 1938).

Teza originii alergice a astmului se bazează pe experiențele făcute pe animale și pe observațiile clinice, dar, așa cum arată Jores, alergenii nu declanșează întotdeauna criza. Nici infecțiile cronice, nici cele de focar, factorii endocrini, distonia neurovegetativă nu ar avea decît un rol de facilitare. Autorul arată că numai în 20% din cazuri există un agent specific, dar nici acesta nu declanșează toate crizele (criza poate fi declanșată însă de imaginea alergenului respectiv). Teoriei alergice i se reproșează, de asemenea, faptul că nu explică de ce alergenul intervine numai într-o anumită perioadă a existenței. Kerékjörtő arată că nu a găsit nici un astmatic fără tulburări relaționale, și cu atît mai mult nici un astmatic profesional pur. În opoziție cu aceasta, Seropian Ervanet arată că factorul psihic nu ar interveni în astm, decît în 25% din cazuri. Glausen expune părerea că boala astmatică și primul acces nu ar fi determinate primar psihogen, în schimb accesul izolat poate fi precipitat de factorii psihici. French și Alexander arată că o criză astmatică este declanșată de o combinație între stimulii afectivi și cei alergici, ceea ce face, de data aceasta după Grinker, ca și alergologii și psihologii să obțină prin tehnicile lor rezultate, deoarece suprimarea numai a unui factor este suficientă pentru a opri criza. Domlovič, Nicolič, Devecerski susțin că emoția poate cauza prima criză, dar poate în combinație cu alți factori (în special infectoalergic) să joace apoi un rol în declanșarea crizelor ulterioare. Factorul psihodinamic principal, arată Grinker, pare a fi conflictul centrat pe dependența excesivă și nerezolvată, iar criza apare atunci cînd real sau simbolic apare necesitatea de separare. Este aproape incontestabil astăzi că emoțiile joacă un mare rol în desfășurarea bolii astmatice (asemenea observații există încă de pe vremea lui Hipocrate). Croquet (citată de Cain) pe 1 000 de astmatici concluzionează că emoțiile au un rol mai important în astmul femeilor și că efectul tranchilizantelor în astm este pozitiv. Rogerson, Hardcastle,

Dugreid pe 23 astmatici constată în 17 cazuri supraprotecție și suprasolicitare exagerată, atașament morbid față de mamă, cu refuzul de a se detașa. Autorii subliniază o timiditate maladivă, arătând că se poate vorbi de un teren astmatic specific, caracterizat prin inteligență concretă la teste verbale și capacitate slabă de performanță, frică marcată, absența încrederii în sine, agresivitate latentă, egocentrism. Se pune totuși întrebarea dacă fenomenele descrise sînt cauză sau efect.

Kolb caracterizează și el personalitatea astmaticului printr-o mare iritabilitate, logvorie, lipsă de încredere, anxietate, o dependență maternă mare. În acest context criza ar fi ca un protest simbolic contra separării de mamă și dorința restabilirii acestor relații prin țipăt (ar fi un țipăt reprimat). Totuși, contrar acestor afirmații Kerékjörtó, studiind grupe de bolnavi astmatici, nevrotici și martori sănătoși, nu remarcă un număr mai mare de tulburări anxioase sau nevrotice în copilărie, iar mama nu a fost mai frecvent resimțită ca supraprotectoare la astmatici.

Jores și Kerékjörtó descriu două grupe de astmatici:

1. Astmatici cu hipersensibilitate olfactivă (subiecți foarte exigenți cu ei înșiși și față de anturaj, mai ales din punct de vedere etic, care suferă cînd văd că lumea nu este așa cum au fost făcuți să o vadă). Ei nu se resemnează, ci se opun în interior. Educația lor le interzice să se manifeste cu sentimente agresive, pe care însă la refulează.

2. În a 2-a grupă exigențele etice sînt mai mici. Domină nevoia de afecțiune și agresivitate neexteriorizată. Subiectul, nereușind să corijeze informația falsă despre lume primită în copilărie, este condamnat să trăiască în această stare sau să moară (a treia cale ar mai fi doar psihoza).

Groen, Decker, Luminaet, Sloanacker (citați de Seropian Ervant) arată că șocul psihic poate declanșa bronhospasm, prin coborîrea pragului de acetilcolină, unii stimuli condiționali avînd același efect ca și un stimul farmacodinamic.

Hațeganu subliniază că în astm este vorba de o dereglare corticosubcorticală acută, cu proiectare parasimpatică. Se produce o leiomiodistonie cu contracții bronșice și bronșiolitice, însoțite de vasodilatație și vasoconstricție arteriolo-capilară peribronșică și perialveolară, care va condiționa edemul. Factorii declanșatori pot fi substanțe alergice și nealergice, iar în alte împrejurări factorii psihoemoționali sau surmenajul. În aceste situații s-ar declanșa o furtună corticosubcorticală vegetativă, care ar duce la criza de astm.

Râmniceanu arată și el că astmul bronșic nu beneficiază de suportul unor statistici exacte, unii văzînd în astm o boală alergică, alții purtători de infecții respiratorii, în timp ce pediatrii văd punctul de pornire al reacției alergice în special în tubul digestiv. Pasteur Valléry-Radot (citată de Râmniceanu) pe 803 astmatici găsește etiologia alergică în 53% din cazuri. Caïn subliniază că în stările alergice intervin circuite neurofiziologice și endocrine complexe. Selye arată rolul ACTH și cortizonului în sindromul general de adaptare, substanțe care au rol evident și în cadrul bolilor alergice. Există o strînsă paternitate între alergii și bolile colagenului, care și ele sînt boli tipice de adaptare. Graham, Wolf, Wolf (citați de Caïn) arată că unii bolnavi prezintă tulburări vasculare atunci cînd sînt stresați. Sivadon vede în unele stări psihotice o structură evolutivă asemănătoare cu cea din bolile alergice. Astfel, în instalarea nevrozelor și psihozelor apare un eveniment văzut de individ ca un mare pericol pentru personalitatea sa. Urmează o perioadă de latență cu mici semne de intoleranță (caracteriale, senzoriale sau digestive), cefalee, astenie, tulburări de somn. După un interval (aproximativ 6 luni) un nou șoc emoțional, de această dată de minimă importanță, poate duce la declanșarea fenomenelor patologice. Tot Sivadon subliniază că atît aceste mecanisme psihosomatice, cît și alte tulburări psihice reprezintă un eșec în eforturile de adaptare ale individului în mediul său social.

Numeroase studii s-au făcut privind personalitatea astmaticilor. S-a vorbit foarte mult de fondul anxios al astmaticilor, cu manifestare încă din copilărie, greutățile lor în adaptarea la mediu, marea lor dependență maternă cu imposibilitatea de separare, imposibilitatea lor de a evita blocajele afective. După Grinker, de exemplu, astmaticii sînt personalități dure, agresive, argumentative sau, din contra, personalități deschis-dependente, sensibile, exigente, afectuoase. Acești pacienți, subliniază autorul, nu pot plînge, au nevoie de confiere, iar Freuch observă că visele lor sînt pline de simboluri. Utilizarea exagerată a aparatului de conversie, spune Grinker, poate duce la hiperestezia olfactivă, cu congestia membranelor și hiposecreție.

Astmaticii resimt o mare dificultate, spune Kurilsky, în a se elibera de contradicțiile pulsionale, iar Bonneton arată că în situațiile de frustrare astmaticii prezintă o inhibiție a manifestărilor emoționale datorită sentimentului de insecuritate (au mare sensibilitate la frustrare și o intoleranță la anxietate).

Numeroși autori au remarcat marea ușurință cu care astmaticii pun în joc sistemul lor motor și secretor bronșic. Modulația psihofiziologică a efectelor respiratorii sub influența anxietății pare a fi mult mai directă și profundă decât aceea care se exercită asupra altor organe.

Și Lors subliniază faptul că astmaticii prezintă grave tulburări ale emotivității, fiind vorba de subiecți frustrați psihologic, la care insecuritatea tinde să inhibe manifestările emotive. Miller și Baruch remarcă și ei în cadrul cercetărilor pe care le întreprind importanța tulburărilor sferei afective și subliniază în special imaturitatea afectivă a mamei. După Jores personalitatea astmaticului s-ar caracteriza printr-o anxietate constituțională, o adaptare dificilă la mediu, coordonarea greoaie a impulsurilor și o mare incapacitate de a evita sau rezolva blocajele afective. Astmaticii se caracterizează printr-o dependență excesivă, nerezolvată, urmare a unei dezvoltări insuficiente a personalității, dorința de a fi protejat, separarea exagerând angoasa. Evoluția astmului este mult influențată de evenimentele psihoafective din viața bolnavului.

După Haynal personalitatea astmaticului se caracterizează prin aviditatea sentimentului, că ceea ce i se dă nu este suficient. El prezintă adesea o notă de depresie și agresivitate, motiv pentru care succesul terapeutic depinde de relația medic-pacient, aici fiind de fapt vorba de o relație de lungă durată.

Studiind din punct de vedere psihanalitic personalitatea astmaticului, Freuch și Alexander remarcă la bolnavii cu crize astmatice că acestea s-au declanșat în momentul despărțirii de mamă sau de substitutul matern. Alexander spune că astmul se datorează problemelor legate de separarea maternă. Mai târziu, prin mecanismul de condiționare de fiecare dată când subiectul se va afla în aceeași situație va reacționa printr-o simptomatologie acută. Autorii arată că mama astmaticului refuză copilul (cel puțin din punct de vedere psihic). Acest refuz poate fi marcat prin atitudini supracompensatoare afectiv. Agresivitatea copilului nu se poate manifesta din cauza fricii să nu piardă definitiv mama. Crizele în concepția lui Alexander ar fi un adevărat strigăt de ajutor, care nu poate să fie verbalizat. Separarea emoțională este insuportabilă, dar, existînd un blocaj al sentimentelor ostile, copilul le menține în el. Stresul provocat de o atare situație cere o rezolvare, iar ostilitatea se va întoarce contra lui. După Miller și Baruch această agresivitate se poate prezenta sub mai multe forme: ostilitate directă, ostilitate indirectă, ostilitate deplasată, osti-

litate contra lui însuși. Held remarcă la astmatici că vîrsta afectivă și instinctuală nu coincid niciodată cu vîrsta intelectuală (instinctiv astmaticii sînt încă copii). Aceste fenomene de imaturitate se pot observa în practică în ceea ce privește reușita lor sexuală, familială sau socială.

Îndărătul simptomatologiei psihosomatice și nevrotice astmaticul ascunde anxietatea. Criza astmatică nu reprezintă decît aspectul paroxistic al unui tonus anxios, Held comparînd criza de astm cu situația din endocardita lentă în care streptococul se grefează pe o leziune deja constituită. În acest fel criza de astm conferă fricii o intensitate și un caracter de obiectivitate. Crizele de astm reprezintă în definitiv pentru bolnav niște experiențe terifiante care accentuează și favorizează dezvoltarea fricii. Criza de astm se grefează astfel pe o frică nevrotică preexistentă. În fața creșterii tensiunii afective interioare, astmaticul nu se poate apăra numai cu un efort de voință. El va manifesta adesea o mare agresivitate față de anturaj, alteori, din contra, elemente de culpabilitate care se vor desfășura pe un fond depresiv.

Astmaticul reprezintă, deci, în concepția majorității autorilor sediul convergenței elementelor alergice, humorale și emoționale (un fond de instabilitate afectivă și neurovegetativă). Anxietatea și emotivitatea produc astfel tulburări ale reglării ventilatorii și secretorii. Conflictul afectiv blocat în interiorul personalității (datorită frustrațiilor) duce la o creștere a tensiunii nervoase, care sfîrșește prin declanșarea unei tulburări de reglare a neurosecreției mucoasei, ceea ce duce, în prima fază, la apariția doar a unei rinite și apoi a unei traheite (Kurilsky). Aceste fenomene au ca efect, la un moment dat, contractura musculaturii netede. Desfășurarea acestor faze se face uneori pe parcursul a mai mulți ani. Deși bolnavii sînt în general conștienți de existența unui conflict, ei fac rar o legătură între aceasta și criza de astm, iar medicii prin explicații organiciste (care de bună seamă conțin o parte de adevăr) îndepărtează și mai mult bolnavii de înțelegerea explicației psihogenetice a crizelor astmatice. Obiectiv, examenul nu pune în evidență decît existența unui tonus anxios sau a unei hipertonii în cadrul sistemului nervos vegetativ. Anxietatea este explicată adesea de sindromul de obstrucție și lipsă de aer, de care se plînge adesea bolnavul. Constelația familială a astmaticului, arată Haynal, frapează prin victimizarea mutuală a bolnavului și anturajului, bolnavii antrenînd

întregul lor anturaj și devenind, în același timp, victima unui anturaj abuziv.

În continuare ne vom opri asupra *aspectelor somatopsihice în astm*. Relația dintre astmul bronșic și psihic este multidimensională. Adeseori astmul este perceput ca o adevărată furtună vegetativă, care poate duce la numeroase manifestări psihopatologice.

Cele mai constante simptome, așa cum am văzut și anterior, sînt anxietatea și depresia. Seropian, de exemplu, atrage atenția asupra mării frecvențe a anxietății, depresiei, tulburărilor de somn, sentimentului culpabilității, dar subliniază că evoluția astmului depinde și de evenimentele psihoafective din viața bolnavului, adică mediul lui familial și profesional (legătura cu soțul, frații și, mai ales, mama).

Kurilsky arată că anxietatea este constantă la astmatici și s-ar datora conflictului blocat de frustrarea afectivă. Pe 100 de bolnavi astmatici, Z. G. Kostunina constată anomalii ale personalității în 79 cazuri, inhibiție în 39 cazuri, excitație în 32 cazuri, trăsături isterice în 8 cazuri, trăsături schizoide în 2 cazuri. La începutul bolii pot apare reacții fobice sau de negare a bolii, reacții astenodepresive și mai rar reacții ipocondroanxioase sau manifestări isterice. Foarte frecvente au fost și tulburările psihice somatogene: astenia fizică, tulburările neurovegetative.

În cazurile de gravitate mijlocie ar apare și alte semne, ca: pierderea cunoștinței în crize, halucinații auditive și vizuale, iar în cazuri grave apar tulburări ale afectivității, tulburări de somn și chiar episoade psihotice scurte. În câteva cazuri autorii au observat dezvoltări obsesive, isterice, astenodepresive ale personalității. Personal am studiat un lot de 50 de bolnavi cu astm bronșic, constatînd la toate cazurile prezența unei evidente simptomatologii nevrotice (insomnie, lăbilitate emoțională, fatigabilitate). Tulburările de somn au fost, de asemenea, constante, bolnavii prezentînd insomnie, somn superficial, senzația că nu au adormit, prezentau frecvent somn întrerupt sau neodihnitor. Adeseori exacerbaria tulburărilor de somn precedau crizele de astm.

În cadrul personalității premorbide bolnavii au prezentat trăsături ca: timiditatea, lipsa de curaj, diferite complexe, renunțări nemotivate. Dispoziția afectivă a acestor bolnavi era cel mai frecvent depresivă, intricată, cel mai frecvent, cu elemente anxioase. În antecedentele lor (85% din cazuri) bolnavii prezentau traume psihice semnificative, majoritatea încă din

perioada copilăriei. Situația prezentă (60% din cazuri) se caracteriza, de asemenea, prin prezența numeroaselor conflicte familiale. La examenele psihologice s-a pus în evidență prezența unei depresii reactive legată mai ales de starea de boală, iar anxietatea a apărut ca un fenomen constant. Bolnavii manifestau adesea obsesia crizelor de astm și nu mai credeau în curabilitatea bolii.

Legat de aspectul psihopatologic al astmului, s-a pus adesea întrebarea dacă între astm și nevroză există deosebiri esențiale. Loras, studiind o grupă de astmatici, îi împarte din acest punct de vedere în 3 grupe:

1. Astmaticii „mici nevrotici“;
2. Astmaticii cu structură psihonevrotică puțin mobilizată (masochistă, melancolică, interpretativ-paranoiacă, ipocondrică);
3. Astmaticii care pun problema spațiului.

Autorul arată că astmul este expresia unei personalități nevropate. Nevroza și starea alergică au după același autor, aceleași cauze.

2. Alte boli ale aparatului respirator

Ca și în cazul bolilor aparatului cardiovascular, și în cazul aparatului respirator există o serie de afecțiuni în care mecanismul somatopsihic este mai pregnant, în timp ce mecanismul etiologic psihosomatic se întrică cu alți factori etiologici, care au un rol mult mai important.

Pneumonia și bronhopneumonia

Influențele somatopsihice din cadrul pneumoniei și bronhopneumoniei pot să țină atât de starea febrilă sau infecțioasă, cât și de reacția encefalului în cadrul infecției. În toate cazurile tulburările psihice fac parte din cadrul tulburărilor de conștiință (stări delirante, delir febril).

Un simptom destul de frecvent în aceste maladii somatice este anxietatea și chiar ideile delirante de urmărire;

uneori apărînd adevărate deliruri „pure“ sau stări crepusculare tipice (Jung, Mayer-Gross, Müller). În general, în cazurile grave bolnavii devin somnolenți, apare apoi starea de dezorientare, iar starea confuzională se instalează treptat. Se observă o exacerbare a simptomelor, mai ales seara și noaptea. Numeroși autori descriu diferite stări psihotice care pot să apară în cursul pneumoniei și bronhopneumoniei, cum ar fi stările paranoide cu idei interpretative sau de persecuție, halucinații vizuale și auditive. Nu totdeauna starea febrilă urmărește evoluția tulburărilor psihice, uneori bolnavii putînd avea tulburări psihice și în stare de afebrilitate, apariția febrei evidențiind mai ales tulburările de conștiință. Psihozele prelungite și polimorfe sînt totuși rare în pneumonie și bronhopneumonie, fiind mai frecvente în formele virale cu procese infiltrative lente. După Robkin starea psihotică se declanșează în perioada de defervescentă. Tulburările de conștiință regresează lent, mult mai rar brusc, alteori apărînd timp de cîteva zile „sindromul de tranzit“ cu stări depresive sau iritabilitate consecutivă obnubilării conștiinței. În pneumonie se poate pune în evidență procesul numit al „balansării“ (Baruk), în care alternarea stării psihotice cu cea somatică este evidentă. Astfel, tulburările psihotice apar adesea în crizis, cînd procesul patologic de bază este terminat sau pe cale de terminare.

Tuberculoza pulmonară

Legătura dintre tuberculoza pulmonară și viața afectivă a individului este un lucru bine cunoscut de către clinicieni (*boală de consumpție* cum a mai fost numită). Laenec, însăși, la sfîrșitul secolului al XIX-lea arăta că dintre cauzele ftiziei nimic nu este mai cert decît „*pasiunile triste atunci cînd ele sînt profunde și de durată*“.

Foarte frecvent tuberculoza apare legată de diferite traume psihice (mai ales acelea legate de pierderea unei persoane apropiate). Adesea boala apare după o perioadă de luptă contra depresiei, care însă copleșește bolnavul, învingîndu-i apărările psihologice normale. Dealtfel, cel puțin la sfîrșitul secolului al XIX-lea au apărut numeroase lucrări care făceau legătura dintre melancolie și tuberculoză.

Benoit arată că deși tuberculoza este considerată ca o boală organică, au fost numeroși autori care vorbeau de o așa-zisă „psihopatie TBC“. După anul 1950, însă, interesul pentru acest subiect a scăzut mai ales datorită căderii renumitei teorii a originii bacilare a schizofreniei, când s-a observat că scăderea numărului de tuberculoze datorită noilor achiziții terapeutice nu s-a însoțit și de o scădere a bolilor psihice.

Alexander consideră tuberculoza pulmonară drept o boală psihosomatică, deoarece, spune autorul, însăși imunitatea și rezistența organismului ar depinde de factorii emoționali. Bolnavii cu tuberculoză au adesea o atitudine pasivă și frecvent depresivă față de existență, ușurință de exprimare corporală, teatralism, dramatizare sau fenomene somatice banale, sau de conversiune care relevă o structură isterică, tendințe de autodistrugere. Personalitatea bolnavilor cu tuberculoză are adeseori trăsături depresive și schizoide, cu tendințe suicidare, somatizarea fiind pusă și pe seama nevoii de a scăpa de depresie.

Se remarcă faptul că, deși sensibilitatea tuberculoșilor la traume psihice este mare, iar numărul de persoane traumatizate este, de asemenea, mare, totuși un mic procentaj dintre ele fac boala. Recamier, Pasche, Wittkower arată că 60% dintre bolnavii cu tuberculoză au familii disociate, morți din rîndul persoanelor iubite. Spitz vorbește la acești bolnavi de carența afectivă la niște subiecți puțin rezistenți la agresiune. Tot Recamier subliniază că tuberculoza este o boală de adaptare a organismului, în care factorii emoționali stau pe primul plan. Există, spune Benoit, la 30% dintre tuberculoși (care se cronicizează) o serie de manifestări care favorizează evoluția bolii. Astfel, numeroși bolnavi nu respectă tratamentul, aceasta avînd la bază tendințe autodistructive inconștiente (nu respectă prescripția, doza, iau tot felul de tratamente neștiințifice, refuză intervențiile chirurgicale). Alteori maniera autodistructivă este mai subtilă (pacienții pot deveni alcoolici, au comportamente vicioase, toate însă ascunzînd fondul lor anxios). La acești bolnavi pot apare, de asemenea, și alte manifestări psihosomatice (greturi, vărsături etc.).

După Jung, Gruhle, Müller în cadrul tuberculozei pulmonare pot apare o serie de reacții patologice acute și cronice, ou modificarea afectivității de fond sau de evidențiere a unor trăsături psihopatice. Bonneton arată că tuberculosul este avid de dragoste, de dependență, de protecție. Tulburările psihice de intensitate psihotică sînt în general rare și se găsesc mai ales

în fazele terminale ale bolii, constând mai ales în stări confuzionale, amenziale sau delirante (ca și în alte boli somatice grave).

J. Mac Donald arată că tuberculoșii pot prezenta adesea tulburări psihotice, care, însă, ar fi funcționale (reacții schizofreniforme, sindroame cerebrale cronice). Belov arată că numai în tuberculoza fibrocavernoasă poate apare o astenie generalizată cu tonus afectiv ridicat, neliniște psihomotorie și verbală. Autorul observă că reacția hipocondrică la îmbolnăvire este rar întâlnită, mulți bolnavi avînd o conștiință insuficientă a gravității pericolului.

Vaghenhaim subliniază că fondul manifestărilor psihotice din TBC îl constituie slăbiciunea emoțională hiperestezică foarte bine exprimată. Pe acest fond pot apare stări maniacale sau astenice. Datorită cronicizării bolii apar stări paranoidastenice apropiate simptomatice de schizofrenie. În TBC miliară pot apare stări amentive (datorită prinderii leptomeningelui și substanței cerebrale). Tot Vaghenhaim arată că bolnavii cu TBC ridică foarte numeroase probleme disciplinare în cursul spitalizării. Astfel, bolnavii sînt agresivi, iritabili, hipersensibili, provoacă frecvent anchete, scriu numeroase reclamații. Uneori la acești bolnavi apar adevărate fenomene paranoide sau schizoide. Porot susține că bolnavii cu tuberculoză sînt personalități sensibile și reacționează violent la traumatismele psihice. Ei prezintă ușor tulburări emoționale de la instabilitate afectivă la irascibilitate, impulsivitate, agitație și o serie de simptome diencefalice: oscilații vasomotorii, senzație de căldură, palpitații etc.

Ca și în alte boli cronice și în tuberculoză pot apare modificări ale personalității prin descoperirea fondului caracterial, dar și prin apariția unor trăsături caracteriale dobîndite în timpul bolii, ca: impresionabilitate exagerată, susceptibilitate, nemulțumire, îngustarea cercului intereselor, sociabilitate redusă, nehotărîre, certuri în familie, perturbări ale vieții sociale. Datorită bolii, arată Belov, pot apare temeri continue legate de sănătate, fixarea atenției asupra manifestărilor bolii, neîncredere în vindecare, bolnavii devin bănuitori, revendicativi, plictisitori. Dacă bolnavul este un temperament excitabil, apare o stare de excitație crescută în cadrul bolii, cu explozii de enervare, mînie, conflictualitate, încăpăținare, în sanatorii solicită foarte multe anchete. La personalitățile isterice se evidențiază sensibilitatea, manierismul, teatralismul, demonstrativitatea.

Encefalopatia respiratorie

Numeroase cercetări atrag atenția asupra faptului că insuficiența respiratorie decompensată este principala cauză a tulburărilor psihice din cadrul bolilor respiratorii. Fiziopatologia acestor tulburări nu este elucidată. Astfel, la subiecții normali tulburările psihice apar când tensiunea oxigenului este sub 35 mm Hg, iar dioxidul de carbon peste 70 mm Hg (J. Le-rebonelet, C. Derovesné, H. Duclos).

În ciuda acestor constatări, la bolnavii cu insuficiență respiratorie aceste cifre sînt cu mult depășite, fără însă a se solda cu tulburări psihice, ceea ce pune în discuție modul lent de instalare a acestor fenomene hipoxice.

Encefalopatia respiratorie poate apare în pneumopatii cronice, cu scăderea severă a oxigenării (bronșite cronice, TBC, emfizem pulmonar, silicoză etc.). Suprainfecțiile bronșice pot să agraveze hipoxia și să precipite apariția encefalopatiei. Pot contribui, de asemenea, unele erori terapeutice (diuretice, sedative, oxigenoterapie intempestivă).

Tulburările psihice constau din tulburări afective și de comportament, iritabilitate, agresivitate, logoree, agitație nocturnă, bufee confuzo-onirice, tulburări mnezice, dezorientare temporo-spațială. Robkin notează la bolnavii cu hipoxie cronică (emfizem pulmonar) somnolență patologică, tulburări de conștiință. Pot apare, de asemenea, și crize convulsive, precum și o serie de semne neurologice: hipo și chiar areflexie (uneori Babinski), deficit motor, semne oculare (ceată pînă la amauroză, exoftalmie, hiperemie conjunctivală). Fundul de ochi arată o cianoză retiniană cu vasodilatație și sinuozități ale venei retiniene. Edemul papilar este rar. La EEG apar disritmii minore, ritmul de bază este încetinit, uneori dezorganizarea fiind totală cu apariția de unde delta difuze. Se constată, spune Robkin, hipoxie și hipercapnee. Saturația de oxigen este sub 80% și chiar 50%. Presiunea parțială a oxigenului este sub 50 mm Hg, iar a dioxidului de carbon de peste 60 mm Hg și chiar 100 mm. Apare, de asemenea, poliglobulia, azotemia. Dacă dispar cauzele care produc hipoxia tulburările psihice dispar. Totuși, oxigenoterapia intensă poate determina și ea o serie de tulburări ale activității psihice.

8 Psihosomatica aparaturii digestiv

Influența factorilor psihici asupra aparatului digestiv a stat la baza primelor experiențe care au fundamentat medicina psihosomatică, funcția gastrică fiind sediul a numeroase sindroame psihosomatice. Foamea, senzația de sațietate fac parte din primele experiențe infantile, foamea ducând, încă din primele zile ale vieții, la senzație de disconfort și reacții agresive.

În viața cotidiană se pare că după cefalee tulburările gastrointestinale ar fi tulburările somatice cele mai frecvente. Copilul, spune Haynal, localizează în abdomen aproape toate durerile difuze și vagi, lucru datorat relației alimentare mamă-copil, funcția alimentară fiind, spune autorul, cea asupra căreia i se atrage prima dată atenția copilului (caracterul relațional al funcției digestive).

Foamea, subliniază Kolb, ca percepție la care individul răspunde depinde și de reîntăririle învățate în cadrul relației mamă-copil. Percepția centrală a nevoii alimentare ca și senzațiile motilității gastrice par a forma baza acestui percept (ceea ce determină reglarea ingestiei de alimente, stabilind o homeostazie internă, gradul rezervelor și greutatea individului).

Pavlov a subliniat primul că stomacul poate suferi o influență psihică prin procesul condiționării. Și funcția excremențială suferă importante influențe psihosomatice, funcția având influențe educative încă din prima copilărie.

Servirea mesei în familie, subliniază Kolb, creează oportunitatea plăcerii sau a conflictelor familiale, în timp ce actul

excreției este un act solitar. Contextul cultural pare a avea o importanță foarte mare (copilul reține sau elimină fecalele în raport cu relațiile sale cu mama).

1. Principalele boli psihosomatice

Majoritatea afecțiunilor aparatului digestiv sînt boli la baza cărora stau factorii psihosomatici.

Simptoame funcționale

Primele cercetări ale lui Alexander în domeniul psihosomaticii au tratat trei tipuri de simptoame funcționale ale tubului digestiv: dispepsia, diareea, constipația. Aceste sindroame au fost puse în legătură cu factorii psihici. Kolb subliniază și el că cele mai frecvente simptoame gastrice funcționale sînt anorexia, grețurile, indigestia nervoasă, voma, aerocolia, eructațiile, diareea și constipația. Comune sînt, de asemenea, și senzațiile de pirozis, tenesmele, diferite dureri dentare. Adesea, spune Kolb, durerile abdominale și disconfortul sînt atribuite „apendicitelor cronice”, motiv pentru care bolnavul ajunge adesea pe masa de operație.

Păunescu-Podeanu enumeră următoarele simptoame digestive care au la bază factori psihici:

- dureri retrosternale sau intercapsulare prelungite, sau repetate, uneori în legătură cu actul deglutiției. Uneori, spune autorul, este vorba de un spasm esofagian, care urmează unui stres psihic evident. Este cunoscut nodul în gît (bula isterică) care se datorește tot unui spasm esofagian;

- tulburări dispeptice cu explicații psihogene;

- vărsături și grețuri repetate și perseverente, fără explicație somatică, care traduc un sentiment de nemulțumire și de zgust. Deși uneori, arată autorul, există și factori organici, factorii psihici agravează vărsăturile care apar astfel disproporționat în comparație cu cauza organică provocatoare;

— senzația de plenitudine gastrică, flatulență abdominală, meteorism, aerofagia fac parte din cadrul dispepsiilor determinate psihogen (mai ales la femei cu teren histrionic). Uneori meteorismul este așa de pronunțat, încît pune serioase probleme de diagnostic diferențial;

— diareea, constipația, unele forme de anorexie, dischinezii biliare intră, de asemenea, în cadrul influențelor psihosomatice.

Numeroși clinicieni, subliniază Kolb, dar chiar și profanii sînt conștienți că simptomele funcționale gastrice apar după supărare, afaceri proaste, certuri în familie și alte experiențe emotive. Probele sînt impresionante (exemplu observațiile făcute cu ajutorul fistulelor gastrice).

O serie de manifestări psihosomatice au loc la nivelul gurii și a dentiției. Nu este surprinzător că gura este focarul multor simptome determinate funcțional, arată Kolb, deoarece ea este implicată de timpuriu în complexul relațiilor mamă-copil, satisfacerea sau insatisfacția legată de ingestia alimentară fiind centrată tot aici. Acesta este motivul pentru care stomatologii au de a face cu numeroase simptome psihosomatice fixate pe gură, situație care pune serioase probleme de diagnostic diferențial. Astfel pot apare la acest nivel mișcări involuntare de masticatie sau de sucțiune, mestecatul compulsiv (bruxism), stări care prin repetiție și durată pot duce la deformări ale aparatului buco-dentar. Pot apare, de asemenea, avînd tot această explicație, dureri în regiunea maxilarului inferior, diferite algii atipice în regiunea feței, dureri ale limbii, hiperestezie a mucoasei bucale, mai ales la persoanele isterice sau depresive (Kolb).

Acuze psihosomatice pot să apară uneori și în situația intoleranței unor proteze, a începutului tardiv a unor tratamente stomatologice (uneori datorită unei intensități exagerate a anxietății).

Scrîșnirea compulsivă a dinților (bruxismul) poate să se manifeste la personalități psihopate, care exprimă multă ostilitate. Uneori poate apare în aceste situații dureri ale mușchilor maseteri, pînă la situația de trismus.

Uscăciunea gurii (xerostomia) este întîlnită de asemenea, la persoane hiperemotive și devine ea însăși motiv de preocupare anxioasă.

La nivelul aparatului bucal mai pot apare o serie de ticuri ca expresie a unor nevroze mixte sau în cadrul unui fond anxios, psihotraumatizant încă din copilărie. Modificările

estetice legate de modificările chiar funcționale de la nivelul gurii pot crea serioase probleme mai ales la adolescenți, uneori mergînd pînă la adevărate crize de nervi, depresie sau chiar idei de sinucidere.

Gastritele și ulcerul gastroduodenal

Prevalența ulcerului diferă de la țară la țară și chiar în interiorul aceleiași țări (în SUA negrii fac ulcer mai rar decît albi). Acest lucru dovedește că ulcerul este o boală care depinde în cea mai mare măsură de stresul social, factorii etnici sau ecologici. Dealtfel, ulcerul, care se pare că este în esență o boală urbană, mai este denumit în sfera occidentală și boală a managerilor, boala Wall-Street-ului etc. Cu toate acestea etiologia ulcerului nu este bine precizată. Predispoziția genetică este un factor important, dar, subliniază Kolb, se știe că ulcerul este un predispus la hipersecreție și hiperaciditate gastrică, totuși acest fenomen nu devine simptomatic decît dacă individul este supus unui stres important. Incidența ulcerului în ultima jumătate de secol s-a schimbat în mod fundamental în toate țările industrializate (după opinia lui Kolb, a fost mai frecvent la femei, azi e mai frecvent la bărbați, e mai frecvent la depresivi și alcoolici și rar la schizofrenici).

Alexander include în cadrul bolilor psihosomatice ulcerul și gastritele, socotind că la originea acestor boli stau cauze nervoase și mecanismul psihosomatic clasic. Dealtfel, pentru mulți medici influența factorilor psihici în geneza gastritelor și a ulcerului este o observație foarte frecventă. Wolf și Wolf și numeroși alți autori au arătat că anxietatea și agresivitatea cresc motilitatea peretelui gastric, secreția și vascularizația sa. Tristetea, depresia și descurajarea au efect invers. Este interesant că în cadrul medicinei veterinare nu se cunoaște practic existența ulcerului cu excepția celui infecțios. Schauster descrie ulcere peptice asociate cu leziuni ale sistemului nervos central, ulcere cu hemoragie și chiar ulcere perforate. Kolb arată că leziunile hipotalamusului la animale duc frecvent la ulcer gastric și hemoragie. În acest caz ulcerarea s-ar datoră ruperii delicatului raport care există între vascularizația și reglarea neurohumorală și secreția în cadrul tractului gastrointestinal. S-a văzut că predispuși la ulcer au o persistentă hipersecreție gastrică. Bonneton arată că ulcerul este o

boală cu dublă ciclicitate (suferă în anumite ore ale zilei și în anumite anotimpuri).

Haynal consideră că ulcerul este o boală multifactorială în care hipersecreția joacă, pe de o parte, un rol de factor eroziv asupra mucoasei gastrice și scăderea rezistenței acestei mucoase, Miski pune și el în evidență 2 factori care influențează declanșarea ulcerului: hipersecreția și personalitatea bolnavului, caracterizată prin dorință de dependență în situație frustrantă. La șoareci, prin imobilizare forțată s-au putut obține leziuni ulceroase în cadrul așa-numitului „ulcer de constrângere“.

După Kolb, ulcerul peptic poate apare în următoarele circumstanțe:

- Ca reacție tranzitorie în fața unui stres neobișnuit;
- Ca reacții la personalitățile cu un infantilism esențial;
- Ca urmare a unor conflicte care induc o puternică stare de anxietate.

Grace și Graham consideră că ulcerul este declanșat de un puseu de agresivitate neexteriorizată contra unui mediu lezant, iar Garma (citată de Haynal) numește aceasta „mamă rea internalizată“. Alexander, vorbind de pe poziția psihanalizei primitive, socotește că în cadrul ulcerului este vorba de o dorință primitivă de a fi iubit și îngrijit, ceea ce vine în conflict cu tendința de independență pe care o pretinde viața adultă. Dorința de a fi iubit, hrănit, duce la hiperactivitate gastrică și această luptă, subliniază Kolb, este comună pacienților ulceroși indiferent de caracteristicile personalității. Lupta îi face deschis agresivi, ambițioși, sau, din contra, dependenți, irresponsabili, inactivi.

După Morgan în ulcerul gastroduodenal ar exista 4 factori care îi favorizează evoluția:

1. Factorul genetic (există familii de ulceroși);
2. Fizic, determinat de susceptibilitatea nervoasă la ulceroși; nutriție, sănătatea generală și uzul de medicamente;
3. Factorul fiziologic — fluctuația și reglarea homeostaziei;
4. Factorul psihologic ce reflectă conflictele și frustrările între individ și mediul înconjurător, între nevoia de dependență și cea de independență.

Bergman (citată de Hațeganu) consideră că în etiologia ulcerului sînt decisive tulburările ereditare constituționale ale sistemului nervos vegetativ, izolînd în acest sens o categorie de indivizi „stigmatizați vegetativ“. Citînd numeroși autori,

Hațeganu arată că ulcerul poate apare și în cursul unor afecțiuni ale sistemului nervos central (s-au incriminat mai ales excitațiile care vin de la nivelul hipotalamusului, ventricolui III, bulbului etc.). Necroza vasculară, care stă la baza leziunilor organice din ulcer, arată Bonneton, ar fi legată de un factor emoțional anxios și de nevoi afective regresive, bine cunoscute de către psihoterapeuți. Excitarea hipotalamusului, arată Fain, a dus la animal la o hiperfuncție gastrică care a fost cauza unui ulcer. Menținerea animalului într-o foame permanentă (printr-o fistulă esofagiană) a dus, de asemenea, la apariția leziunilor ulceroase. La om se știe deja că frica inhibă secreția gastrică (după Canon excită sistemul simpatic și inhibă sistemul parasimpatic). Wolf și Wolf la un gastrectomizat constată hiperfuncție gastrică care survine în situații de frustrare și insecuritate (hiperfuncția durează mult timp spre deosebire de cea provocată cu medicamente, care este foarte scurtă). S-a observat, de asemenea că în stările depresive apare o hipofuncție gastrică. Wolf, Wittelman, Sharp (citați de Haynal) arată că la ulceroși se poate constata o creștere a secreției gastrice în cursul unor emoții, reacții mai intense la gastropatii. La bolnavii cu fistulă gastrică, tot Wolf observă că stările emoționale duceau la leziuni ulcerative. Și Delay subliniază că stările sociale de stres intens duc la creșterea numărului de bolnavi ulceroși (experiența bombardamentelor și a orașelor blocate; unde numărul de ulceroși a crescut foarte mult).

Una dintre problemele cele mai importante în studiul psihosomatic al bolnavilor ulceroși o constituie problema personalității ulceroșului. Personalitatea ulceroșilor a preocupat foarte mult pe diferiți cercetători și, în special, pe psihosomaticieni. Belov arată că ulceroșii apar ca personalități hiperexcitabile, cu o puternică stare de tensiune afectivă, cu reacții puternice de mînie și nemulțumire, intoleranță, precum și cu tulburări diencefalonevrotice cronice sau în pusee. Uneori la acești bolnavi poate apare o puternică alarmă ipohondriacă, cu o tentă emoțională puternică, uneori cu un pronunțat caracter cancerofob. Lamblin, Burger descriu trei categorii de bolnavi cu ulcer: supratensionații prin exces de muncă, inadaptații, predispuși fără elemente nevrotice.

Alexander arată că ulceroșii sînt indivizi independenți, ambițioși, care nu se atașează afectiv de nimeni. După Marty agresivitatea ulceroșului se exprimă regresiv prin hiperfuncția gastrică. Insatisfacția, agresivitatea se exprimă prin hiper-

funcție gastrică, aceasta fiind o reacție generală a speciei umane în fața unor frustrații.

M'Uzan (citad de Haynal) descrie următoarele tipuri psihosomatie de boală ulceroasă:

	TIP I hiperactiv- competitiv	TIP II Compensat	TIP III Alternant	TIP IV Dependent
Comportament social	Atitud. hiper-emotivă și competitivă	Adaptare socială bună	Social instabil	Social dez-adaptat
Sistem defensiv	Rejet al tend. pasive. Afirmare a tend. active	Compromis între cele 2 tend. (activ profesie— pasiv acasă)	Alternativ pasiv sau activ	Expresie exagerată a tend. pasive
Tendința la trecere spontană de la un tip la altul	Evol. favor. spre tip II, nefavor. spre tip IV	Tip inițial stabil	Evol. defav. spre tip IV, favor. spre I	Evol. spre agravare și dezinteres socială
Repartiție tipuri	25%	50%	10%	15%
Indic. operatorie		rare		frecvente
Prognostic		bun		rău
Repartiția tipurilor după gastrectomizare	25%	25%	75%	75%

În general, majoritatea autorilor converg în a atrage atenția că personalitatea ulceroșilor se caracterizează printr-o mare sensibilitate, motiv pentru care medicii trebuie să știe

să se apropie afectiv de ulceros pentru a avea succes terapeutic. Însăși evoluția bolii, arată Belov, poate determina apariția unor trăsături caracteriale, ca: impresionabilitatea, exagerarea susceptibilității, nemulțumirea, îngustarea cercului intereselor, sociabilitate redusă, nehotărîre, certuri în cadrul familiei și anturajului. Apar, de asemenea, temeri continue privind starea de sănătate, fixare asupra manifestărilor bolii, neîncrederea în vindecare, bolnavul putînd deveni bănuitor, revendicativ, plictisitor. Dacă personalitatea premorbidă a bolnavilor a fost excitabilă, poate apare o exacerbare a excitabilității cu explozii de enervare, mînie, încăpăținare. La personalitățile isterice se pot manifesta manierisme, teatralism, demonstrativitate. În cazurile studiate de noi am remarcat în special aspectul cicloid (80% cazuri), ceea ce poate pune serioase probleme, avînd în vedere periodicitatea tulburărilor subiective ale ulcerosului.

Din punct de vedere somatopsihic, în cursul evoluției bolii pacienții prezintă o serie de simptome care în contextul clinic al ulcerului și gastritei ocupă un loc important. Belov arată că în prima parte a bolii pacienții prezintă o evidentă stare de anxietate și nemulțumire continuă, treptat devin revendicativi, se leagă de toate mărunțișurile. Față de medici poate să apară o stare ostilă. Foarte importante sînt modificările de dispoziție la ulceroși, și care apar complet nemotivat. Rabkin arată că cu 3—6 zile înainte de apariția primelor semne de acutizare, ulceroșii devin iritabili, anxioși, depresivi, apatici, au frecvente coșmaruri.

O importanță foarte mare în cadrul sindromului psihic al ulcerosului o are astenia, care poate fi în unele situații marcată, pacientul avînd tulburări de somn, sensibilitate crescută, hiperreflectivitate, tremor. Apar, de asemenea, și simptome diencefalovasculare: jocul vasomotricității, senzații de căldură, palpitații, instabilitate, astenie. Bolnavii sînt pe acest fond nevrotic irascibili, impulsivi, agitați, prezintă o slăbiciune fizică și psihică accentuată și o marcată labilitate afectivă.

Studiind un lot de 50 pacienți ulceroși, am remarcat și noi la acești bolnavi prezența unui sindrom neurastenic accentuat. Anxietatea era chiar evidentă, dar bolnavii nu o recunoșteau în mod conștient. Un număr mare de bolnavi prezentau o stare reactivă accentuată, legată de boala lor și, mai ales, legată de posibilitatea necesității unor intervenții chirurgicale. Viața lor anterioară a fost presărată cu o conflictualitate psihică frecventă.

Frecvența mare a gastrectomiilor a pus probleme deosebit de importante. Pe lângă alte simptome care apar la gastrectomizați tulburările psihice ocupă un loc deosebit. Foarte multe tulburări psihice la acești bolnavi sînt etichetate sub termenul de nevroză. Lambling, Conte, Catlon au descris la gastrectomizați sindromul carențial multiplu, explicînd prin aceasta mai ales astenia, care este așa de frecventă la acești bolnavi. S-a dovedit că scurtcircuitarea stomac-duoden, ajungerea rapidă a alimentelor în contact cu interoceptorii jejunali duc la apariția tulburărilor vasomotorii, cu acumularea sîngelui în vasele splachnice și scăderea consecutivă a irigației sanguine a creierului. Acest fenomen poate determina numeroase perturbări ale funcției psihice. Benedato și Baciuc (citată de Chirilă-Costan), administrînd noradrenalină au determinat ca fenomenele cerebrale din sindromul jejunal să nu mai apară sau să fie mult mai moderate. Pe 70 de gastrectomizați Melzer și Vernea stabilesc trei grade de intensitate a tulburărilor psihice, și anume:

1. Elementele triadei neurasteniei uneori și cu cenestopatii sau depresie;
2. Cefalee, astenie și insomnie mai redusă ca intensitate, asociate cu cenestopatii, elemente pitiatice, hipocondrie și un anumit grad de depresie;
3. Cefalee intensă și persistentă, astenie, insomnie, fobii, obsesii, depresie, cenestopatii.

Autorii susțin că astenia s-ar datora în cazurile studiate de ei unei carențe proteice, datorate tulburărilor digestive secundare gastrectomiei.

E. M. Sanmain remarcă marea frecvență a tulburărilor neurovegetative la gastrectomizați.

Colitele

Legătura dintre activitatea colonului și viața psihică a fost studiată de numeroși autori, care au pus în evidență legătura dintre diferitele stresuri emoționale și activitatea motorie și secretorie a colonului. Da Costa (citată de Bayet) arată, de exemplu, că în timpul războiului american de secesiune tul-

burările intestinale erau foarte frecvente la combatanți (mai ales sub forma unor colite mucomembranoase). Grace, Wolf și Wolf au arătat că o serie de stări afective (frica, tristețea) modifică funcția intestinului gros, mișcările intestinale devin mai lente, contracțiile se produc cu încetul și mult mai rar apare paloarea, scade secreția colonului și în special a lizozinei (agentul bacteriolitic și mucolitic). Groen consideră colita ulceroasă drept o boală proprie culturii occidentale, care ar fi foarte rară în Africa sau Asia.

Conflictele, sentimentele de ură, ostilitate, minie provoacă, din contră, o hiperfuncție a colonului, crescînd activitatea contractilă și secreția de lizozină.

Portis subliniază și el că perturbările psihologice influențează evoluția rectocolitei hemoragice. Conflictele prelungite se pot traduce în aceste cazuri cu multiple leziuni ulcerative la nivelul colonului.

Rapaport și colaboratorii (citată de Ford) arată la bolnavii cu ileită regională marea frecvență a stresurilor afective. De altfel, la toate categoriile de bolnavi cu colită stresurile psihice au fost puternice și prelungite. Puseele de colită sînt mai grave după stresurile psihice, uneori fiind declanșate direct de asemenea situații (conflicte în familie, pierderi de persoane dragi etc.).

Melitt Speling (citată de Bayet) susține că rectocolita hemoragică este o dramatizare somatică a melancoliei. Hațeganu atrage atenția și asupra altor factori de mediu, care au influență în colite. Frigul alături de emoție, spune autorul, poate determina apariția puseelor de diaree. Terenul, arată Hațeganu, are o mare importanță și în special dezechilibrul neurohormonal și neurovegetativ, dar și terenul local (o stare de hiperexcitabilitate a interoceptorilor intestinali).

Studiind originea colitei mucomembranoase White, Cobb, Jones evidențiază importanța stării de tensiune, tradusă prin anxietate, indecizie, resentimente, hiperscrupulozitate, tendință la depresie și idei de suicid. Rectocolita hemoragică s-a considerat a fi de natură alergică, dar, așa cum arată Hațeganu, teoria nervoasă se întregește în mod armonios cu teoria alergică, dat fiind rolul jucat de sistemul nervos în alergii. În acest fel factorii stresanți acționează în rectocolita hemoragică (considerată printre cele mai grave boli psihosomatice) asupra unui teren predispus (mai ales genetic). După Szasz, excitarea vagului duce la inhibiția activității coloretale, ceea ce duce la

constipație, constipație care se mai poate explica și prin inhibiția reflexului gastrocolic.

Studiile privind profilul psihologic al bolnavului cu diferite forme de colită au fost destul de frecvente. Groen arată că bolnavii cu colită sînt imaturi emoționali, fixați mai ales de mamă.

Feldman și colaboratorii, pe 34 bolnavi cu colită, face un studiu asupra personalității acestora, deosebind următoarele tipuri:

1. Pasivi-inactivi;
2. Agresivi;
3. Anxioși;
4. Schizoizi.

Ford și colaboratorii evidențiază la colitici mai ales caracterul compulsiv sau compulsivo-obsesiv al personalității. Autorii subliniază marea conflictualitate la acești bolnavi. Premorbid, bolnavii sînt descriși ca firi dificile, conflictuale, au divorțat sau nu sînt încă căsătoriți. Autorii indică și un caz cu trăsături paranoiace, iar în două cazuri și tentative de sinucidere. Contrar acestor afirmații, Feldman și colaboratorii consideră că la bolnavii cu colită structura isterică este mai frecventă, în timp ce structura fobică sau obsesivă este mult mai rară.

După Haynal personalitatea bolnavului cu colită ulcero-hemoragică se caracterizează printr-un mod obsesional de reacție, cu vulnerabilitate specială la rejet, ostilitate și uneori cu trăsături paranoiace. Pacienții ar manifesta o mare dependență și pasivitate. Deși trăiesc emoții intense, ei se exprimă puțin.

Tot Haynal notează la acești indivizi o labilitate neurovegetativă marcată și o mare sensibilitate la stres (au avut o mamă autoritară, rigidă, punitivă, moralizatoare și rece). În aceste familii subliniază autorul, se remarcă adesea tipul de „pseudo-mutualitate” — fiecare ajută pe celălalt cu prețul unei mari dependențe. Sexualitatea, arată Haynal, la acești bolnavi este privită ca „murdară și dezgustătoare”, preferînd o relație conjugală de tip fratern.

Engel arată că colita ulcerohemoragică este rară la clasele sărace sau la cei cu nivel intelectual scăzut, iar Haynal subliniază că simptomele (constipația, tenesmele, sînge în fecale) coincid cu un stres psihologic (cel mai frecvent o pierdere cu sentiment de culpabilitate).

Deosebit de importante sînt și reacțiile somatopsihice în colite, prezența simptomelor psihice fiind frecventă în acest cadru. Olivier descrie la bolnavii cu colită ca simptome constante astenia, insomnia și anxietatea, acordînd o mare importanță etiologică abandonului imaginar de către mamă la vîrsta de 2 ani și jumătate, vîrstă de educare a sfincterelor. Simptomele colitei se agravează în funcție de influența factorilor psihogeni.

De fapt simptomatologia psihică din cadrul diferitelor forme de colită este foarte polimorfă. În colita spastică, de exemplu, durerile abdominale și meteorismul sînt acompaniate de prezența unei stări depresive, insatisfacție, senzația lipsei de speranță (Grinker), iar uneori depresia de exemplu, alternează cu accesele de colită.

Engel descrie în cadrul colitei ulceroase compulsii, idei obsesive, anxietate, agresivitate, dar compulsiunile și obsesiile ocupă primul plan al tabloului clinic al bolii. Autorul mai remarcă marea frecvență a preocupărilor ipohondrice și mai ales, tulburările în sfera sexuală. Tulburările în sfera sexuală sînt subliniate de foarte mulți autori. Se mai remarcă, de asemenea, marea frecvență a asocierii dintre colite și stările alergice.

Descriind sindromul de „intoxicație ileocecală“, Hațeganu arată că acesta se compune din numeroase simptome psihice: astenie nervoasă, mai ales matinală, excitabilitate psihică, fatigabilitate, anxietate, depresie, obsesii, ipohondrie, stări maniacale, epileptiforme, delir și chiar psihoze. Aceste fenomene nervoase sînt însoțite adeseori de tulburări endocrine, tiroidiene, hipofizare, suprarenale, genitale. La femei poate apare sterilitatea, la bărbați impotența. Belov subliniază și el în colita ulceroasă manifestări afective, ca: dispoziție tristă, stări confuzive. Bolnavii prezintă, de obicei, o dispoziție tristă, sînt posomorîți, copleșiți, răspund laconic și fără grabă la întrebări, le apar mereu în conștiință idei privind defectele lor, despre aspectele triste ale vieții lor. Datorită acestor stări, arată autorul, bolnavii încep să evite cunoscuții și prietenii, refuză de a mai merge la cinema sau la teatru. Ei urmăresc, de asemenea, cu atenție rezultatele analizelor de laborator, citesc foarte multă literatură de specialitate. Sindromul hipocondric se distinge la acești bolnavi printr-un conținut concret.

Și Ford în colita ulceroasă observă prezența unor sindroame obsesivo-compulsive, stări ipohondrice, frigiditate la femei, impotență la bărbați. Feldman și colaboratorii subliniază și ei

că cele mai frecvente tulburări din cadrul colitei ulcerose sînt tulburările emoționale. În cadrul celor 34 de cazuri studiate, autorii găsesc depresia de intensitate moderată în toate cazurile.

În colita spastică este remarcată, mai ales, autoobservarea exagerată, bolnavii vin, de obicei, la medic cu dosare foarte groase, cu liste lungi de simptome. De fapt ei prezintă o simptomatologie difuză, dispeptică sau migrenoasă. Aceștia dispun de o listă mare de medicamente pe care le folosesc. Tulburările psihice majore sînt foarte rare la acești bolnavi și numai depresia sau unele elemente obsesive determină un consult psihiatric. Dacă în cadrul colitei predomină constipația, tabloul psihic este dominat, de obicei, de depresie.

Grace, Wolf și Wolf subliniază că bolnavii cu colită sînt anxioși, dar nu arată aceasta în exterior. Cu toate acestea, ei resimt în interiorul lor această stare, fiind mereu obosiți, în tensiune, plictisiți, descurajați. Autorii menționează că depresia și slăbirea capacității intelectuale ar fi determinată de acumularea de toxine.

Alexander arată și el că bolnavii de colită au o atitudine defetistă, pesimistă, sînt neîncrezători, exprimînd sentimentul de abandon și indiferență din partea anturajului. Într-o formă accentuată, această atitudine se poate întîlni în paranoia sau melancoliile grave. Autorul consideră că mușchii sfincterieni pot fi un receptacol de descărcare tensională, ca și alte organe ale vieții vegetative.

Bolile veziculei biliare

Hipocrate credea că melancolia ar fi determinată de „bila neagră”, în timp ce Galenus spunea că „*bilis ad caput recurrens deliri causa*”. Wittkower, cu ajutorul hipnozei, demonstrează legătura dintre diferite emoții și dinamica vezicii biliare (mînia inhibă secreția biliară, în timp ce anxietatea și depresia o crește).

Cauza diferitelor afecțiuni ale vezicii biliare poate fi localizată în oricare dintre componentele arcului reflex duodeno-hepatic (duoden — sistem nervos — celula hepatică), ceea ce face ca etiologia acestor afecțiuni să fie foarte polimorfă (Pavel și Cîmpeanu). Acest mecanism este reglat, pe de o parte, de către factori loco-regionali, iar pe de altă parte, de centrii

nervoși intranevraxiali, inclusiv scoarța cerebrală. Bikov cu ajutorul reflexelor condiționate a putut dovedi rolul scoarței cerebrale în secreția biliară și chiar în ceea ce privește compoziția bilei. Maros arată că tonusul musculaturii sistemului canalicular, care drenează bila în duoden, cantitatea de bilă secretată de ficat, rezistența opusă de sfincterul lui Oddi determină presiunea din cadrul căilor biliare.

Se știe că funcția biliară a ficatului constă dintr-un proces de secreție și unul de evacuare, cu caracter continuu și intermitent. Secreția și eliminarea bilei este influențată la om de factorii psihici. S-au descris adesea colici biliare după emoții, inclusiv stări icterice emoționale. Hațeganu arată că bolnavii cu dischinezii biliare au suferit în antecedentele lor numeroase umilințe, traume psihice legate de griji materiale, decese, lipsa unor soluții favorabile în viață. Factorii emoționali, după Sarles, Fiore, Mester, determină o creștere a presiunii în căile biliare, fenomen care s-ar datora unor spasme reflexe, sfincterul lui Oddi contractându-se spasmodic. Mester descrie după emoții contracții la nivelul vezicii biliare, iar Maros, prin excitarea faradică a centrilor nervoși din creier, a putut determina o hipertensiune la nivelul căilor biliare. Mester și colab. subliniază, de asemenea, că excitațiile puternice, emoțiile violente provoacă dureri biliare și chiar icter. Utilizând hipnoza, Wittkower a sugerat bolnavilor săi diferite stări emotive, obținând modificări ale funcției biliare și ale motilității căilor biliare, afirmând că procesele psihice pot avea un rol important în formarea calculilor biliari. Heyer observă, de exemplu, că accesul depresiv precede atacul calculos biliar, iar Robkin arată că cu 1—2 zile înaintea apariției colicilor hepatice pot apare insomniile, halucinații hipnagogice. Dacă la început spasmele sînt pur funcționale, cu timpul pot apare și alterări anatomice. Ameliorarea condițiilor afective duce la ameliorarea bolii, chiar în cazul modificărilor anatomice (calculi biliari) prin diminuarea spasmelor.

Subliniind importanța tensiunii afective premergătoare declanșării bolii, Mester și colab. examinează 83 bolnavi colecistectomizați și constată frecvența mare a stărilor de tensiune afectivă care exista înainte de apariția colicilor (emoție vie, ca: umilința, preocupări materiale, pierderi de persoane etc.). Astfel, agresiunea deschisă, dezlănțuită poate determina o hipotonie, în timp ce disimularea agresiunii și efortul spasmodic de disciplină ar duce la hipertonie. Tensiunea internă duce la hipertonia sfincterului lui Oddi.

În ceea ce privește efectul catatonigen al bilei, studiile lui Baruk, în special, au încercat să dovedească faptul că bila unor bolnavi psihici și în primul rând al catatoniceilor, ar conține un factor catatonigen. Totuși, Launay, Perles, Cournut arată că efecte catatonigene are nu numai bila bolnavilor catatonici, dar și bila bolnavilor migrenoși (efectul catatonigen ar fi dat de polipeptidele din bilă). Aceste fenomene l-au făcut pe Baruk să afirme că tulburările hepatice ar avea un rol important în patogenia schizofreniei.

În ceea ce privește personalitatea bolnavilor cu diferite dischinezii biliare, Mester și colab. arată tendința acestor bolnavi la agresiune și ambiție. În copilărie bolnavii au depus eforturi foarte mari pentru a obține satisfacții (de obicei provin din familii numeroase, obținând greu afecțiunea părinților). Este demn de remarcat multitudinea de traume psihice încă din copilărie, fenomen în măsură să influențeze în mod hotărâtor personalitatea acestor bolnavi prin formarea unui comportament agresiv și sensibil. Aceste fenomene au continuat și după perioada adolescenței (nu au putut continua studiile, nu au avut acces la distracții). Autorii atrag de asemenea atenția asupra reactualizării unor conflicte din copilărie (o femeie făcea colici biliare în momentul când soțul, devenind bețiv, redeștepta amintiri legate de tatăl ei).

Așa cum subliniază numeroși autori, elementul cel mai caracteristic care influențează personalitatea acestor bolnavi este lipsa de afecțiune, lipsurile materiale și atmosfera de dezorganizare familială care determină agresivitate și sensibilitate din partea subiectului.

În ceea ce privește psihopatologia diferitelor afecțiuni dischinetice biliare, pe primul plan stau manifestările nevropate, simptome care apar adesea înaintea semnelor clinice de colecistită. În acest sens Mohrs arată că simptomatologia după colecistectomie nu se poate vindeca decât numai pe cale psihoterapeutică. Hațeganu remarcă în colecistopatii, în afara stărilor de anxietate, și stări depresiv-anxioase, cenestopatii, stări migrenoase, tulburări funcționale cardiace sau respiratorii. Colecistopatii, după Sarles, sînt personalități pasive, care dau rar curs agresivității lor. În acest sens Baruk descrie „anxietatea biliară” din cadrul colecistitelor, fenomen care se poate asocia cu un sindrom depresiv moderat și mult mai rar apare tabloul clinic al unei melancolii adevărate.

Hipotonicii biliari sînt, de obicei, persoane astenice, avînd paralel cu suferința lor și un tonus muscular scăzut. Datorită

labilității sistemului nervos vegetativ, în colecistopatii pot apare frecvent tulburări ceno-stopate și o serie de reflexe funcționale în organele vecine.

2. Alte boli ale aparatului digestiv

Hepatita epidemică

Hepatita epidemică este o infecție virotică a ficatului, dar, ca orice boală (mai ales infecțioasă), ea interesează întregul organism. Tulburări ale activității psihice pot apare în diferite faze ale bolii, dar cele mai frecvente sînt în perioada icterică a bolii.

Dinu și Botez, pe 200 de cazuri cu hepatită epidemică, constată și în perioada preicterică tulburări psihice în 53% din cazuri, în timp ce în perioada icterică au apărut doar în 32% din cazuri. Numeroase tulburări neuropsihice din hepatita epidemică sînt determinate de reacția meningială sau encefalitică.

Într-un studiu amplu, pe 766 cazuri, Gavrilă, Josan, Ghidaly descriu la bolnavii cu hepatită epidemică pe lângă o simptomatologie neurologică și numeroase tulburări psihice, ca: astenia, irascibilitatea, anxietatea, cefaleea puternică, stări psihotice schizofreniforme (refuzul alimentației și terapiei, excitație), adinamie, stări confuzionale.

Dinu și Botez explică apariția fenomenelor cerebrale prin anoxie datorită stazei sanguine în sistemul portal, hemoconcentrației, hipoxiei datorată diminuării funcției antitoxice a ficatului. Apar astfel tulburări circulatorii cu edem cerebral, leziuni meningeale sau inflamatorii perivascularare. Bance și Morgagni descriu în hepatita epidemică cu reacție meningeală și encefalitică stări confuzional-delirante, iar Maslov arată că la copii tulburările psihice sînt mai frecvente, explicînd aceasta prin dezvoltarea incompletă a cortexului cerebral. Popper și colab. descriu și ei reacții psihotice, tulburări funcționale, convulsii.

Hepatita cronică

În cadrul hepatitei cronice compensate tulburările psihice sînt mai rare. S-a constatat în hepatitele cronice, ca de altfel și în alte boli hepatice, leziuni anatomice sau funcționale la nivelul sistemului nervos central. Brukner și colaboratorii susțin că, spre deosebire de hepatita epidemică, în hepatitele cronice tulburările psihice au de cele mai multe ori un caracter nevrotic. Aceste manifestări psihice s-ar datora unor alterări metabolice secundare hepatitei cronice. Georgescu subliniază la hepatiticul cronic apariția în special a oboselii. Oboseala apare mai ales la sfîrșitul zilei de muncă (spre deosebire de nevroză) și evoluează în funcție de efortul fizic și psihic depus. Foarte importantă ar fi scăderea atenției. Apare frecvent frica de ciroză, teama de a munci.

Lichtman descrie posthepatitic simptome psihice ca tremorul, anxietatea, neliniștea psihomotorie.

Georgescu arată că în hepatita cronică oboseala apare ca un fenomen important, rezistența la oboseală psihică fiind redusă, în timp ce Iota remarcă la hepaticii cronici existența a numeroase dereglări vegetative polimorfe.

În ceea ce privește substratul lezional, Maros studiază microscopic 6 bolnavi cu hepatită cronică și constată focare de ramolism în talamus și substanța subtalamică, alterări ale tecilor de mielină, în special în hipotalamus, granulații sudanofile în talamus și cortex, modificări reactive ale nevralgiei. Observăm, deci, că autorii au găsit cele mai avansate leziuni în regiunea hipotalamusului și în regiunea subtalamică.

Ciroza hepatică

Ciroza hepatică este o stare gravă, caracterizată printr-o insuficiență hepatică decompensată și o serie de modificări metabolice și hemodinamice (în special hipertensiunea portală).

Legătura dintre o insuficiență hepatică gravă și tulburările somatopsihice a fost remarcată de numeroși autori. Kraepelin vorbea, de exemplu, de un „sindrom psihodigestiv” în cadrul căruia insuficiența hepatică juca un rol important.

Foarte mulți autori au remarcat la bolnavii cu insuficiență hepatică decompensată prezența unei depresii de fond, a unei dispoziții triste, care depășește o simplă reactivitate psihologică. La aceasta se adaugă adesea anxietatea, iritabilitatea, astenia, simptome care în optica majorității cercetătorilor sînt constante în această stare. Bogacenko descrie la bolnavii cu ciroză și insuficiență hepatică o stare de astenie marcată somatopsihică, cefalee, fatigabilitate, moleșeală, lipsă de inițiativă, somnolență sau insomnie, coșmaruri. În cazuri mai grave autorul găsește o simptomatologie mai serioasă, ca cefalee foarte intensă, iritabilitate, labilitate afectivă, fixare față de boala somatică. Într-un stadiu mai avansat, bolnavii devin lenți, somnolenți, prezintă un ritm de vorbire monoton, unii pot prezenta chiar o stare de euforie, care contrastează cu situația lor. Tulburările de gândire (în special bradipsihia), tulburările mnezice sînt foarte frecvente.

Tot în cadrul cirozei sînt descrise, de asemenea, accese psihotice, în special cu tulburări de comportament (bolnavul este somnolent, răspunde greu la întrebări, este dezorientat temporospațial, merge nesigur). Maros susține că în ciroză asistăm la o transformare psihică temperamentală, reacții inegale și capricioase, melancolie și iritabilitate (simptome observate, de altfel, în orice icter banal).

În ciroza cu hipertensiune portală ar exista, după Bogacenko, o serie de etape evolutive, și anume:

1. Faza caracterizată prin astenie;
2. Sindromul psihoorganic;
3. Diferite stări psihotice care pot să apară pe acest fond.

Autorul subliniază că această dinamică amintește schema tulburărilor neuropsihice din unele intoxicații cronice care ating ficatul (alcoolismul, de exemplu) și în care psihozele apar mai ales în faza terminală (stadiul encefalopat).

Dermot, Adams, Bogacenko, practicînd operații de anastomoză portocavă sau splenorenală au remarcat că după operație numeroși bolnavi prezintă tulburări psihice destul de grave. Dacă la unii bolnavi tulburările psihice s-au limitat doar la fenomene astenice sau instabilitate emoțională, la alții s-au remarcat tablouri psihotice, care aminteau schizofrenia, paranoia, sindroame maniacale, epilepsia, stări confuzionale. După astfel de intervenții s-a remarcat mai ales accentuarea tulburărilor mnezice și intelectuale.

În ceea ce privește perioada de apariție a psihozelor survenite după intervenția chirurgicală, aceasta s-a produs după

o perioadă lungă de timp, în orice caz după vindecarea plăgii operatorii (sistarea hemoragiilor digestive determinate de hipertensiunea portală, dispariția ascitei). Acest lucru l-a făcut pe Bogacenko să afirme că dezvoltarea sindromului psihoorganic s-ar datora, în principal, excluderii circulației portale și nu operației propriu-zise.

Eichler și Bersman vorbesc de importanța intoxicației cu amoniu, existînd o corelație între concentrația de amoniu sanguin, apariția tulburărilor de comportament și modificările EEG. Creșterea concentrației de amoniu duce în același timp și la scăderea utilizării oxigenului și are implicații în ceea ce privește producerea de fosfați macroergici. Autorii subliniază mai ales frecvența mare a tulburărilor de comportament din cadrul cirozei hepatice și legătura acesteia cu autointoxicația hepatică. În general tulburările de comportament din cirozele hepatice apar brusc și au o intensitate fluctuantă, variînd de la o zi la alta, pînă la apariția comei hepatice. Pe acest fond pot apare halucinații, idei delirante nesistematizate.

Encefalopatia portală

Encefalopatia portală este o entitate care constă din apariția unor tulburări psihice și neurologice pe fondul hipertensiunii portale. Encefalopatia este recunoscută în general ca o complicație din stadiul terminal al diferitelor boli ale ficatului. Este vorba, deci, de o encefalopatie asociată cu insuficiență hepatică, în producerea ei intervenind atît deficitul funcțional hepatic cu acumularea de substanțe incomplet metabolizate, cît și șuntarea sîngelui venos portal în circulația generală, tulburarea suportului biochimic cerebral. Dermot și Adams descriu sub denumirea de *encefalopatie portocavă* tulburări psihice apărute după anastomoza în scop terapeutic între cava inferioară și vena portă. Maros arată că multe denumiri sînt folosite pentru a denumi encefalopatia portală, și anume: stupoare episodică, comă hepatică iminentă, encefalopatie hepatoportală.

Deși encefalopatia portală apare cel mai frecvent în cadrul cirozelor ea se poate întîlni, de asemenea, și în alte boli hepatice ca: hipertensiunea portală extrahepatică, hepatite acute, insuficiențe cardiace grave, intoxicații cu leziuni de necroză hepatică.

Singer arată că dacă encefalopatia portală survine într-o boală hepatică compensată, tulburările psihice pot domina tabloul clinic, simptomatologia hepatică rămânând săracă. Petrovici și colaboratorii găsesc la bolnavii cu encefalopatie portală studiată de ei manifestări neuropsihice, cum ar fi: flapping tremor-ul, tulburări de comportament de aspect psihopatoid, tulburări de conștiință, uneori chiar fenomene catatonice. Instalarea bruscă a simptomatologiei, mai ales la copii, este frecventă și poate simula adesea un delir acut.

Simptomatologia encefalitei portale poate fi împărțită în trei categorii de simptome:

1. Simptome neurologice, de care ne ocupăm doar în trecere;
2. Simptome psihiatrice;
3. Tulburări de conștiință.

Tulburările neurologice constau din exagerarea sau diminuarea reflexelor osteotendinoase, prezența semnelor lui Babinski, flapping tremor. Codilhac notează de asemenea tulburări de tonicitate musculară, mișcări anormale, convulsii. Simptomatologia psihică se caracterizează prin stare de apatie și adinamie, întrerupte numai de stări de agitație. Anxietatea și depresia, uneori cu crize de furie, iritabilitatea dau tabloului clinic un aspect psihopatoid. Formele maniacale sînt rare. Există și forme net depresive, maniacale, catatonice sau paranoide (Păun). Accese depresive cu idei de sinucidere, fenomene de lentoare psihică sînt descrise de Graux și colaboratorii, iar Bogacenko subliniază polimorfismul manifestărilor neuro-psihice la bolnavii cu anastomoză portocavă la care pot apare aspecte paranoide, maniacale, crize epileptice, stări confuzionale sau de obnubilare prelungită. În cadrul encefalopatiei, tot Bogacenko mai descrie o serie de simptome ca: labilitatea afectivă, lentoare, pasivitate, tulburări mnemonice și intelectuale, uneori accese psihotice trecătoare (de cîteva ore sau zile). Astfel, o serie din bolnavii, care alcătuiau cazuistica studiată de autor prezentau simptome ca: somnolență, bradipsihie, dezorientare. Aceștia realizau cu greutate situația în care se găseau, ieșeau din cameră, stingeau și aprindeau lumina fără rost, aveau tulburări în coordonarea mișcărilor. În alte situații, bolnavii prezentau periodic modificări de dispoziție și comportament, stare de tensiune cu agresivitate, după care pacienții deveneau apatici. O a treia grupă de bolnavi se caracterizau prin somnolență, urmată de euforie, agitație motorie cu activitate necontrolată.

Tulburările de conștiință în cadrul encefalopatiei portale se pot instala brusc, cu obnubilare a conștiinței, dezorientare, tulburări de memorie și incoerența gândirii. Bolnavul face impresia că se găsește într-o stare de somnolență accentuată, pentru ca din această stare să intre adesea în comă. Pe fond confuzional poate apare adesea trăirea oneiroidă, trăiri halucinatorii, iluzii (mai ales în aprecierea dimensiunilor), idei delirante.

Evoluția encefalopatiei portale poate fi favorabilă dacă factorii care au determinat-o cedează, dar în cazuri nefavorabile boala evoluează spre comă. Există și posibilitatea unei evoluții îndelungate, cu cronicizarea unor tulburări psihice, în special prin apariția unei deteriorări intelectuale și mnezice, persistența unor tulburări de comportament. Într-o serie de asemenea situații starea bolnavului poate produce confuzii cu o serie de boli psihice ca: schizofrenie, depresiune endogenă, demențe. Baruk citează cazuri cu manifestări maniacale sau depresive. Examenul EEG este pozitiv în toate cazurile și poate consta dintr-o aplatizare a traseului cu apariția de unde lente bilaterale, uneori cu predominanță frontală (Schneiberg). Leggeri și colab. adaugă la acestea și anomalii EEG de tip epileptoid. Modificările EEG sînt mai intense acolo unde există tulburări de conștiință mai mari. După Codilhac, tulburările EEG se manifestă rar în insuficiențele hepatice compensate. În ciroze se pot găsi trasee rapide, în timp ce în coma hepatică, pe lângă ritmul lent în salve sau continuu, poate apare și vîrfuri-undă ca în epilepsie. În cadrul encefalopatiei portale traseul poate varia de la o examinare la alta, iar descărcările paroxistice nu au relație cu convulsiile clinice.

În ceea ce privește fiziopatologia tulburărilor psihice din cadrul encefalopatiei portale, ea relevă importanța gradului de insuficiență hepatică (tulburarea gravă a funcției hepatice), precum și hipertensiunea portală, elemente care duc la tulburări metabolice și de hemodinamică importante.

Kirschbaum și De Jong au constatat necroza celulelor corticale și proliferări gliale la cîinii și pisicile cărora li s-a ligaturat artera hepatică. Crandal și Weil obțin leziuni nervoase la șobolanii albi cărora li s-a injectat ser sanguin de la cîinii cărora li se practicasese anterior ligatura de coledoc.

Așa-numitele hepatotoxine afectează de predilecție nevroglia ducînd la apariția elementelor gliale monstruoase de tip Alzheimer.

Pollak susține că ficatul bolnav nu mai sintetizează factorii care intervin în metabolismul sistemului nervos central, iar Klippel (citată de Baruk) arată că și acțiunea toxică a alcoolului se produce tot prin intermediul ficatului (prin leziunile pe care le determină), delirurile subacute alcoolice fiind de fapt datorate tulburărilor hepatice. În explicarea tulburărilor neuro-psihice din cadrul insuficienței hepatice un rol deosebit de important îl ocupă amoniul (care în mod normal este metabolizat de către ficat în uree). Există și alte explicații. Pavlov, de exemplu, cu ajutorul fistulei lui Eck dovedește că tulburările psihice se datoresc de fapt acumulării în sânge de carbamid, ficatul neputând efectua ultima verigă din lanțul metabolismului proteic. Jong (citată de Maros) la câinii purtători de fistule Eck descrie fenomene nervoase care în unele cazuri au evoluat până la starea comatoasă, asemănătoare marelui insuficiențe hepatice.

În ceea ce privește importanța amoniului s-a dovedit că amoniul și bilirubina pot duce la provocarea dezechilibrului electrolitic, la apariția acidozei, la care se poate adăuga tulburări ale echilibrului celular sau extracelular de origine mecanică (edem interstițial) sau a conținutului endoplasmatic de apă (edem celular).

Hipertensiunea portală face ca debitul sanguin hepatic să scadă și odată cu el și cantitatea de amoniu metabolizat. La aceasta trebuie adăugat și defectul determinat de insuficiența celulei hepatice. Pe de altă parte, procesele de putrefacție intestinale cresc cantitatea de amoniu intestinal. Meyer (citată de Maros) arată că simptomatologia psihică din bolile hepatice este de fapt a psihozelor de autointoxicație, ca și în cazul bolilor infecțioase acute. Masson și Davidson, susținând aceeași idee, arată că la animalele de experiență hepatectomizate parțial moartea survine mai repede dacă în peritoneu sînt lăsate fragmente de ficat. Prezența amoniului în cantitate mare determină o încetenire a metabolismului (prin intervenția sa în ciclul lui Krebs) determinînd o „asfixie celulară”, sistemul nervos fiind primul care resimte acest lucru (Schneiberg).

După Codilhac perturbarea metabolismului hidraților de carbon duce la creșterea acidului piruvic și lactic din sânge, se distrug o serie de sisteme enzimactice care asigură asimilarea glucozei.

În ceea ce privește consumul de oxigen la bolnavii hepatici, acesta s-a dovedit scăzut, observîndu-se concomitent și o

descreștere a fluxului sanguin cerebral. Sullivan arată că și în alte come nehepatice cantitatea de amoniu poate fi crescută (mai ales în acidoza respiratorie secundară insuficienței pulmonare).

Pe lângă scăderea pronunțată a oxigenului (cu 24%) Schneiberg pune în evidență în bolile hepatice și o scădere a consumului cerebral de glucoză (cu 35%), precum și o creștere a rezistenței vasculare cerebrale. După Codilhac și modificările EEG ar ține tot de acumularea de amoniu.

În ceea ce privește leziunile cerebrale de origine hepatică, Maros arată că este vorba de edeme, hemoragii cerebrale, modificări hipoxice ale celulelor nervoase, leziuni ale capilarelor din creier. Kirschbaum (citât de Maros) insistă asupra necrozei celulelor nervoase din scoarta cerebrală și proliferarea nevroglii la câinii și pisicile la care s-a practicat ligatura arterei hepatice, ceea ce nu s-a întâmplat în cazul ligaturii unui alt trunchi arterial important. După Molino Negro și colaboratorii nevroglia ar fi mai afectată de hepatotoxine, ceea ce duce la apariția unor elemente gliale monstruoase, de tip Alzheimer (care ar fi patognomonice pentru afecțiunile hepatice). Schneider vorbește de hiperplazia difuză a astrocitelor din cortexul cerebral și din diferiți nuclei de la baza creierului. Maros arată că foarte mulți cercetători consideră că tulburările psihice din marea insuficiență hepatică sînt date de tulburările metabolice de la nivelul neuronilor, fără substrat anatomic, modificările histologice fiind de multe ori coincidente. Totuși, autorul însuși descrie la 6 cazuri de insuficiență hepatică studiate cu leziuni în paleostriat, talamus și regiunea subtalamică (domină mai ales leziunile tecilor de mielină).

Pancreatita acută

Pancreatita acută este o mare urgență medico-chirurgicală, motiv pentru care asupra tulburărilor psihice din această boală există mai puține referințe, boala fiind tratată aproape exclusiv în tratatele de medicină internă sau chirurgie.

Excitația puternică pornită de la nivelul interoceptorilor pancreatici poate determina fenomene neurologice și psihice variabile.

În plină criză reacția psihică este de obicei violentă, caracterizată printr-o stare de anxietate, neliniște psihomotorie

și chiar agitație. În cazurile mai severe se instalează chiar de la început o stare confuzională, uneori cu aspect stupuros.

Aita vorbește în cazul pancreatitei acute de apariția unor stări stupuroase, stări psihotice polimorfe, deficit cerebral în focar. În cazul apariției stărilor confuzionale pot apare halucinații, idei delirante, agitație psihomotorie. Vogel (citată de Aita) descrie în pancreatita acută leziuni cerebrale cu demielinizare, uneori leziuni degenerative întinse. Foarte importantă este asocierea dintre pancreatită și alcoolism, uneori tulburările psihice din această boală recunoscând o dublă etiologie.

În pancreatitele cronicizate Henri Sarles (citată de Bonnel și colab.) descrie tulburări ale personalității, tendința la alcoolism, apetența pentru diferite droguri analgetice. Gama tulburărilor psihice se poate întinde, însă, de la simple tulburări nevrotice la perturbări psihotice.

9 Psihosomatica aparaturii urogenitale

Dat fiind problematicile cu totul deosebite ale aparatului urogenital, vom trata separat problemele legate de aparatul urinar propriu-zis și cele privind problematicile psihosomatice ale organelor genitale.

1. Aparatul urinar

Încă de la începutul delimitării bolilor renale (Bright, 1827) au început să apară referiri privind cointeresarea neuro-psihică în acest domeniu. Lasèque (1852) și apoi Regis și Levause (1893) descriau la bolnavii renali cronici o „înțepenire” a inteligenței, stupoare și comă. Fodéré și Calmeil au descris în acest cadru delirul acut ca pe o manifestare tipică a sistemului nervos în intoxicația azotemică.

Este clar, subliniază Haynal, vorbind de pe poziția psihosomatică, că vasoconstricția în raport cu emoțiile joacă un rol important la nivelul fluxului renal, cu toate consecințele care pot decurge din aceasta. O serie de tulburări funcționale pot apărea la nivelul bazinetului și sfincterelor. Pot apărea, tot legat de stresul psihologic, subliniază Bohard, o serie de dureri pelvine la bărbați sau dureri numite „psihologice” postoperatorii la prostactomizați.

Cistalgiile cu urină clară pot beneficia de psihoterapie la fel ca și celelalte tulburări funcționale ale aparatului urinar.

Chertoc arată că micțiunile frecvente, dureroase, fără substrat lezional, coincid cu situații conflictuale (foarte frecvent legate de sexualitate — frustrații care explică micțiunile repetate).

Larson, Wendel, Swenson, Utz, Steinhilher descriu retenția urinară psihogenă la femei. Astfel, la un lot de 37 de femei a apărut după un șoc psihic simptome ale retenției urinare. Disecarea chirurgicală a colului vezical nu a dat rezultate, fiind necesar și un tratament psihiatric adecvat. Braasen și Thompson vorbesc în asemenea cazuri de o retenție urinară isterică.

Și alți autori ((Williams, Johnson, Chapman) au arătat importanța factorilor emoționali în retenția urinară. În cazurile studiate de Larson și colab., pacientele prezentau tulburări nevrotice, cenestopatii, mai ales gastrointestinale, precum și idei interpretative. Numeroase bolnave din lotul studiat fuseseră consultate de mai multe ori de către psihiatri și, de asemenea, suferiseră peste două intervenții chirurgicale ginecologice.

Cistalgiile, rinichiul căzut constituie, de asemenea, adevărate probleme prin gama mare a tulburărilor psihice pe care o determină. Deși tulburările psihice nu depășesc intensitatea nevrotică, ele sînt însă foarte persistente și devin pentru bolnavi o adevărată obsesie. Personal am constatat la o serie de pacienți cu ptoză renală și litiază prezența constantă a unui persistent sindrom anxios-astenic cu intense preocupări ipohondrice și cenestopate.

Luminet subliniază că cistalgiile cu urină clară se întîlnesc mai ales la femeile care prezintă tulburări psiho-sexuale (vaginism, frigiditate). Chertok găsește aceste cistalgii la două tipuri de femei în aparență opuse (femei care sînt apatice, acceptă orice, și femei agresive, revendicative). Chiar și uretritele banale psihogene sînt greu de tratat, arată Luminet, atunci cînd se însoțesc cu diferite fobii (exemplu sifilisul). La bărbații tineri pot apare, tot legate de factorii psihogeni, prostatite cronice.

Enurezisul

Enurezisul este o incontinență urinară caracterizată prin micțiuni normale nocturne, involuntare și inconștiente, fără leziuni ale aparatului urinar, și survenite la o persoană a că-

rei vîrstă este mai mare de patru ani. Deși este frecvent la copii, enurezisul se întâlnește și la adolescenți, și uneori poate apare și la adulți. Frecvența enurezisului ar fi, după Dopchie, de 60% la 4 ani, 20% la 10 ani, 10% la 14 ani (ar fi a 2-a anormalitate după inadaptarea școlară).

Există un enurezis primar și unul secundar, care este adesea legat de stări stresante. După Terttu Arajarni 1/2 din enuretici au avut un enuretic în familie (mai ales în enurezisul primar). Raportul băieți fete este de 10/1.

În etiologia enurezisului, cel puțin pentru acela de la vîrste mici, stresul emoțional este esențial. Delay și colaboratorii subliniază că enurezisul se poate datora unor întârzieri în maturarea neuromusculară a sistemului uretro-vezical, el poate fi pur funcțional sau poate avea o cauză organică. Totuși, arată aceiași autori, cauzele psihologice rămîn pe primul plan (nematurarea s.n.c. fiind frecventă). Epilepsia a fost de asemenea incriminată în etiologia enurezisului. Astfel, Valet (citată de Soulé) găsește la 51,5% dintre enuretici traseu EEG de alură comițială, iar la 22,8% din cazuri traseu caracterizat prin ritm lent. Imaturitatea afectivă, înapoierea în dezvoltarea psihomotorie, masturbația au fost de asemenea citate (Soulé).

Faptul că există la enuretici o gamă mare de tulburări de comportament, arată Dopchie, ne indică că aici este vorba și de greutate în adaptarea socială. Etiologia, după același autor, este legată de o fragilizare constituțională de origine centrală sau periferică și o interferență afectivă legată de dezvoltarea personalității și condițiile educative patogene. Astfel, arată același autor, pacienții pot avea dorința neexprimată de a rămîne mici, iar pentru adolescenți enurezisul poate avea și o valoare erotică, urinarea fiind echivalenta ejaculării. La fete enurezisul poate avea valoare protectivă contra angajamentului adult în viața sexuală și să reprezinte un refuz al vieții heterosexuale. Somnul acestor persoane este de obicei adînc.

Simptomatologic, enurezisul constă din micțiuni nocturne, la trezire, în funcție de poziția anturajului, pacientul poate prezenta o stare de anxietate, rușine, culpabilitate. Somnul pacienților este agitat, mai ales înainte de micțiune, la adolescenți hipersomnia fiind o cauză a enurezisului. Față de enuretic anturajul poate avea o atitudine agresivă, ceea ce agravează boala. Și bolnavul (mai ales adolescent) poate avea față de enurezis o atitudine de pasivitate, opoziție sau perversitate. Duché arată că la enuretici există aceleași stadii ale somnului ca și la subiecții normali, dar micțiunea survine în faza som-

nului ușor (apare la 3 ore de la ultima micțiune, cu mișcări musculare și modificări ale traseului EEG, care se calmează după micțiune).

Psihoterapia și educația micțională (informarea anatomică și fiziologică a bolnavului) are ca scop, după Soulé, să demistifice și să combată pasivitatea. Părinții trebuie sfătuiți să nu încurajeze regresivitatea sau opoziția (uneori enurezisul dispăre la simplul contact cu un medic înțelegător). Superficializarea somnului (cu ajutorul imipraminei), tratamentul de decondiționare dau de asemenea rezultate favorabile.

Insuficiența renală (uremia)

Relația dintre patologia renală și sistemul nervos este un lucru bine cunoscut. În leziunile diferitelor regiuni ale sistemului nervos s-au descris tulburări ale funcției renale. Hoff, de exemplu, prin excitarea anumitor arii cerebrale la pisică și maimuță provoacă vasoconstricții renale care au mers până la necroză tubulară acută, iar Reilly (citată de Bonneton) prin excitarea ganglionilor simpatici de la diferite nivele ale sistemului nervos central a determinat dereglări renale descrise ca „nefrite acute“.

Clute și Fitzgerald observă după electroșoc anurie asemănătoare cu cea ce se întâmplă în sindromul de zdrobire.

Problema etiopatogeniei tulburărilor psihice din uremie este încă departe de a fi elucidată. S-a vorbit foarte mult de autointoxicația organismului, de vicierea unor metabolisme. Autointoxicația organismului în bolile renale se datorează insuficienței funcției rinichiului. Substanțele rezultate din degradarea metabolică nu se mai pot elimina prin urină și astfel se acumulează în organism.

Noțiunea de insuficiență renală nu presupune de la început manifestări clinice. Widal atribuie manifestările clinice din cadrul nefropatiilor creșterii azotului neproteic din sânge și în primul rând al ureei. Deși ureia poate provoca unele modificări în funcția sistemului nervos, ea nu este considerată totuși ca o substanță toxică (introdusă experimental ureia nu a putut reda tulburările caracteristice ale sindromului azotemic). Astfel, Stevenson, injectând uree la pisică intravenos, observă totuși modificări ale activității corticale și în primul rând

ale excitabilității. El semnalează totodată modificări în concentrația K și Ca, precum și ale echilibrului acidobazic.

Rînd pe rînd au fost incriminate în producerea intoxicației sistemului nervos alte substanțe, cum ar fi: acidul uric, creatinina, polipeptidemia, acidaminemia, precum și produșii de putrefacție intestinală.

Cercetări experimentale au pus în evidență în uremie și o accentuată reducere a consumului de oxigen în țesutul renal și nervos. Concomitent se petrec modificări și în ceea ce privește metabolismul electrolitilor, a permeabilității celulare și a tulburărilor echilibrului acidobazic. Heyman constată pe 16 bolnavi cu uremie un flux sanguin cerebral normal sau puțin redus, consumul de oxigen fiind însă diminuat. Autorul afirmă totuși că nu se poate face nici o corelație între gradul reducerii consumului de oxigen și starea mintală. Scheinberg observă și el o scădere a consumului de oxigen în uremie. Robins, studiind 5 sisteme enzimactice în cortexul cerebral la șobolan, nu observă în cazul intoxicației uremice modificări față de martori. O serie de autori (Marchand) au emis ipoteza unor leziuni pe centrii nervoși, care ar tulbura secundar funcția ureopoetică. Kleist remarcă rolul tulburărilor metabolismului hidric în special în provocarea fenomenelor de hipertensiune intracraniană. Bianchi și Piccinino remarcă un bacil specific, dar experiențele lor nu au fost confirmate și de alți autori.

Obreja pune în evidență sinergia patologică hepatocerebrală, arătînd că în uremie, fără a neglija rolul rinichilor, ficatul apare ca singurul viscer profund atins în afara encefalului.

Accidentele datorate hipertensiunii și tulburărilor vasculare din uremie ar putea explica cefaleea, insomnia, astenia, bradipsihia, halucinațiile și agitația. Sindromul retenției clorurate și edemul ar fi responsabili de simptome, ca: stările delirante, stările confuzionale, obnubilare. Blum și Brown au arătat prezența în scoarța cerebrală a unei retenții clorurate la uremici, precum și tulburări ale echilibrului acidobazic. În fine, autointoxicația ar putea să explice și celelalte tulburări psihice.

Anatomia patologică a sistemului nervos în uremie este importantă, deoarece s.n. poate fi sediul unor leziuni severe și chiar ireversibile. În formele cu evoluție acută se găsesc alterări care predomină la nivelul neuronilor (picnoză și fragmentare), în timp ce în formele cu evoluție subacută sau cronică, pe lângă acestea, apar leziuni și la nivelul nevroglii,

precum și a fibrelor nervoase, cu arii de țesut necrozat și demielinizat. Aceste leziuni au fost puse la baza unor tulburări neurologice, cum ar fi: convulsiile, monoplegiile, ataxia. Mai tardiv aceste leziuni pot duce și la alterațiuni în structura personalității. Leziunile nervoase se localizează atât la nivelul scoarței cerebrale, dînd fenomene de encefalită gravă, cît și în diferiți nucleii situați la diverse nivele ale nevraxului. Leziunile centrilor vegetativi ar explica o serie de tulburări din cadrul uremiei (febră, cașexie rapidă, insomnie). Leziunile regiunii infundibulo-tuberiene ar putea fi cauza la o serie de simptome psihice, ca: excitația, halucinațiile.

Aspectele somatopsihice din cadrul uremiei constau dintr-o bogată simptomatologie psihiatrică. Bonhoeffer insistă în 1912 asupra torporii și reacțiilor catatonice și delirante, în timp ce Lemierre în 1923 arăta că tristețea, apatia, indiferența sînt principalele efecte ale intoxicației uremice. Același autor mai adaugă și apatia intelectuală, lentoarea ideății, confuzia mintală ca simptome frecvente. Pe acest fond se pot greșa bufeele de agitație și delir.

Dieulafoy, referindu-se la numeroasele tulburări psihice (mai ales la cele paranoiace), care apar în cadrul uremiei, descrie o „folie brightique“, socotind că în cadrul acestei boli ar exista tulburări specifice. Cercetările ulterioare au dovedit totuși că ideea specificității tulburărilor psihice în bolile somatice este neîntemeiată. Jung, Mayer-Gross, Müller arată că de obicei simptomatologia uremiei (inclusiv cea psihică) se instalează lent, putînd evolua pînă la stări delirant-confuzionale. Bolnavii acuză cefalee frontală, occipitală sau în cască, diferite nevralgii, mialgii, prurit, crieștezii. Debutul lent ar fi caracteristic uremiei, Hațeganu arătînd că accidentele dramatice cerebrale nici nu ar mai putea fi considerate în cadrul unei uremii adevărate. Simptomele majore din uremie s-ar putea grupa, după acest autor, astfel:

- Semne respiratorii;
- Semne digestive;
- Semne nervoase, ca cefaleea, apatia, somnolența, starea stupuroasă, pînă la comă, fasciculații musculare, mișcări dezordonate, convulsii. Starea generală înrăutățindu-se, se intensifică astenia, cefaleea și anorexia. Această evoluție poate fi întreruptă de perioade de remisiune. Baker și Kuntson consideră, totuși, că debutul tulburărilor psihice din uremie este brutal (se instalează în 24 ore), cu stare fizică deficitară (ano-

rexie, pierdere în greutate), cu frecvente tulburări neurologice (convulsii, mioclonii, monoplegii, paralizie, ataxie, amauroză).

Contrar afirmației lui Marchand că azotemia este posterioară tulburărilor psihice, numeroși autori susțin, totuși, că acestea apar totdeauna pe un fond hiperazotemic. Tot Baker și Kuntson, descriind tulburările psihice din uremie, vorbesc de o serie de forme clinice, ca: forma astenică, delirul acut, forme schizofreniforme, forme depresive, maniacale, paranoide. Deși unii autori negau existența tulburărilor psihice în cadrul uremiei (unul dintre aceștia fiind însăși Kraepelin), alții considerându-le doar ca simple coincidențe (Schüle), totuși numărul autorilor care s-au ocupat de această problemă, a fost foarte mare (Falret, Baillarger, Ball, Briand, Gilbert, Schüle, Grienenger, Jensen, Bianchi, Piccinino, Klipel, Lhermitte, Claude etc.). Bogăția tulburărilor psihice a dus chiar la izolarea în cadrul uremiei a unor sindroame foarte bine precizate. Astfel, Ewald încearcă o clasificare a tulburărilor psihice din uremie în următoarele forme clinice: forma eclamptică, maniacală, comatoasă, paralică, latentă, astenică, epileptiformă, psihotică. Bumke atrage atenția asupra asemănării dintre PGP și o anumită formă de uremie, iar Gruhle descrie o formă depresivă. Cahen vorbește despre forme de excitabilitate și depresie, care pot oscila. Bonhoeffer scoate în evidență sindromul confuzional din uremie, care ar fi asemănător ca manifestare cu cel de alte etiologii, precum și o serie de psihoze azotemice cu aspecte catatonice. Ascoli arată că fenomenele catatonice agravează foarte mult prognosticul uremiei.

Rezumînd datele enorme din literatură, putem conchide că pînă în prezent în uremie s-au descris următoarele forme clinice:

1. Forma astenică, caracterizată prin astenie marcată, care poate merge pînă la stupeoare. Apar pe acest fond greutăți de gîndire, scăderea memoriei, insomnie.

2. Forma convulsivă, care se manifestă prin convulsii generalizate sau localizate. Poate apare premonitor simptome ca: obnubilarea vederii, vertigii, secuse musculare, aritmie cardiacă sau respiratorie. Criza debutează brusc, bolnavul căzînd fără cunoștință. Apare apoi o redoare tetanică a musculaturii, care poate dura mai mult, urmată de contracții clonice generalizate sau parțiale. Atacul poate dura 5—15 minute și poate fi urmat de o stare de comă. La trezire pacientul resimte o oboseală accentuată. Uneori crizele survenind una după alta,

dau impresia unui adevărat rău epileptic. Alteori, contracțiile musculare fiind de lungă durată, pot constitui aspectul tetanic al uremiei.

3. Forma depresivă se caracterizează printr-o stare de melancolie, care se poate asocia cu idei de sinucidere. Pot apare pe acest fond idei de persecuție și de autoacuzare, care împreună cu anxietatea pot constitui originea fenomenelor de excitație psihomotorie și a prostației.

4. Forma maniacală, în care se poate găsi o stare de excitație de tip maniacal sau o stare hipomaniacală. Se remarcă mai ales tendința la distrugere, convulsii, halucinații.

5. Forme mixte, în care episoadele depresive și maniacale se succed.

6. Formele confuzionale, de tip delirant, la care predomină halucinațiile și iluziile, bolnavul fiind obnubilat, incoerent. Delirul se referă de obicei la preocupări familiale, ocupații zilnice, profesii. Uneori agitația se aseamănă cu o manie acută, alteori apar fenomene depresive până la stare stuporoasă. În acest context se descrie și *delirul acut*. Acesta a fost descris de Marchand, Courtois, Toulouse, fiind privit ca un mod de reacție univocă a sistemului nervos la acțiunea diferiților factori etiologici. Delirul acut are o incidență mică, o mare importanță în apariția lui având terenul (tulburările psihice anterioare, stări nevrotiforme). Debutul este brusc, prin apariția unei stări confuzionale cu reacție anxioasă, excitație psihomotorie, creșterea temperaturii. Ginollicelli și Knebelmann arată că delirul acut se caracterizează prin stare confuzională, cu agitație psihomotorie, anxietate cu o notă catatonică, temperatură pseudoinfecțioasă, atingerea stării generale, oligurie.

În perioada de stare, agitația este intensă, faciesul exprimă groază, anxietatea este maximă, bolnavul devine violent. Anorexia și deshidratarea agravează și mai mult starea generală. Apar de asemenea halucinații auditive și vizuale terifiante, se mai notează puternice tulburări neurovegetative: tahicardie, scăderea TA, transpirații, creșterea temperaturii (40—41 grade). Pe fondul de hipertermie și oligurie apar tulburări ale reflexelor osteotendinoase, convulsii, tulburări sfincteriene. În această stare apar fragmente delirante de persecuție sau autoacuzare. Deși metodele actuale de tratament (inclusiv rinichiul artificial) au modificat prognosticul bolii, delirul acut rămâne totuși o stare foarte gravă.

În ceea ce privește etiologia delirului acut, H. Ey distinge trei modalități etiologice principale:

- a. Encefalita psihotică acută azotemică „primitivă“;
- b. Encefalita psihotică acută azotemică din cursul unei boli psihice;
- c. Encefalita psihotică acută azotemică secundară după intervențiile chirurgicale, puerperalitate, boli infecțioase.

Numeroși autori vorbesc de asemenea în delirul acut de o „encefalită psihotică azotemică“, deoarece la necropsie s-au descris leziuni particulare degenerative, vasculare și inflamatorii difuze în encefal (neuronofagie, perivascularită), lucru care însă nu a putut fi confirmat în mod constant. Guiraud vorbește de o toxiinfecție cerebrală cu evoluție supraacută, în timp ce alți autori au atras atenția asupra naturii alergice a procesului. Guiraud amintește și de o „diencefalită“ care ar sta la baza dereglărilor vegetative din cadrul delirului acut. Larson consideră că leziunile din delirul acut sînt peteșiale, perivascularare, fără specificitate, în timp ce Marchand arată că este vorba de leziuni degenerative și inflamatorii. La EEG s-au observat unde theta cu ritm de fond normal, apoi disritmie lentă, cu apariția de focare în regiunea parietală. După Marchand leziunile centrilor nervoși comandă azotemia, boala nefiind o entitate independentă, ci mai degrabă un mod de reacție nervos în fața unui agent agresor și care beneficiază de un teren corespunzător.

În ceea ce privește rolul atingerilor renale există încă foarte multe controverse. Ginollicelli și Knebelmann notează în delirul acut o nefrită acută tubulointerstițială pe care o explică prin acțiunea trofică a encefalului asupra rinichiului și care ar fi tulburată în această boală. Un rol foarte mare l-ar avea și iritarea simpaticului visceral. Aceste leziuni sînt frecvente la bolnavii tratați prin actualele metode terapeutice, iar atunci cînd ele nu apar, acest lucru se poate datora morții lor rapide.

7. Formele paranoide sînt reprezentate de forme care prezintă în cadrul tabloului lor psihic idei delirante, uneori chiar cu tendință la sistematizare. Halucinațiile pot fi sau nu prezente, uneori delirul avînd o coloratură maniacală sau depresivă. Totuși, formele paranoide sînt considerate ca forme foarte rare.

8. Forme pseudoschizofreniforme izolate de Grinshan și care se pretează la numeroase greșeli de diagnostic. În aceste

forme pot apare simptome din serie cataleptică, ecolalie, halucinații auditive, bizarerii.

9. Forma comatoasă, care apare brusc sau după o simptomatologie care o precede.

10. Forma paralică manifestată prin numeroase tulburări neurologice. Pot apare paralizii, de obicei ale membrilor superioare. Paralizii apar brusc, dispar și apoi iarăși reapar. S-a descris și o afazie sau o hemiplegie legată de uremie.

Studiind personal un număr de 55 bolnavi cu uremie am notat la aceștia prezența asteniei și a unei stări generale proaste încă cu mult înainte de a se interna în spital (uneori chiar o stare depresivă). Din punct de vedere psihic pacienții noștri s-au caracterizat prin prezența unor stări depresive, a unui sindrom catatonie și cel mai frecvent sindromul confuzional. Depresia se manifesta ca o melancolie anxioasă, cu agitație, idei de incurabilitate și persecuție, iar uneori era vorba de melancolie stupuroasă.

Sindromul confuzional se manifestă printr-o obnubilare rapidă a conștiinței, tendință la fugă, acte agresive, trăiri onirice. Starea confuzională nu era continuă, ci existau scurte perioade de luciditate.

Problema azotemiei extrarenale. Azotemia în cursul diferitelor psihoze a fost obiectul a numeroase studii și controverse. Foarte frecvent ureea a fost găsită crescută la bolnavii cu tablouri delirante sau în stările de confuzie mentală simplă. Lemiére, Delay, Tardieu au separat două aspecte distinse ale asocierii dintre uremie și tulburările psihice:

1. Encefalopatia azotemică, care leagă sindromul psihic de retenția azotată, cum ar fi în cadrul nefritelor acute și cronice;

2. Encefalopatia psihotică acută azotemică cu origine în leziunile cerebrale inflamatorii, în care azotemia apare ca fenomen secundar. Richet și Dublineau subliniază importanța leziunilor creierului vegetativ în apariția uremiei, iar Bouvet arată că azotemia este rezultatul proteolizei tisulare, în special cerebrale.

După Guiraud hiperazotemia ar rezulta dintr-o patogenie complexă:

1. Influența hepatorenală comună în toate maladiile grave;

2. Influența nervoasă hipotalamică;

3. Exhemie și oligurie;

4. Nefrita terminală.

Același autor socoate că retenția azotată se datorează, deci, deshidratării, care are loc în toate psihozele toxice sau în dereglările metabolismului hepatorenal pe fondul unei stări febrile și a unei posibile dereglări funcționale hipotalamice.

Onghorlian se întreabă dacă encefalitele infecțioase și encefaloza azotemică au o patogenie diferită. Se știe că în afara factorului renal, în geneza azotemiei doi factori au o importanță mai mare: devierea prerenală a apei și catabolismul proteic. Hipercatabolismul proteic depinde de antagonismul a două sisteme neuroendocrine: sistemul anabolic reglat prin acetil-colină, histamină, mineralo-corticoizi, hormoni androgeno-protidici și sistemul catabolic care are sub dependență adrenalina și glucocorticoizii. După Laborit hipercatabolismul proteic este sursa azotemiei în nefritele acute și anurie. Acesta este un fenomen neurovegetativ determinat de secreția anarhică de adrenalină. Hipercatabolismul proteic se produce în bolile infecțioase, deshidratare gravă, traumatisme grave, diabet, cancer. Febra mărește mai mult acest catabolism prin necesitățile energetice pe care le cere. Creșterea catabolismului proteic ar putea fi încadrată și în răspunsul organismului la stres, confirmând astfel spusele lui Marchand care arată că delirul acut este o modalitate de reacție somato-encefalică la o agresiune.

Probleme psihologice în grefa renală și în dializă

Primele grefe renale au fost experimentate în perioada 1910—1920. Bernstein (citată de Haynal) descrie la copiii pregătiți pentru grefă renală reacții anxioase și depresive. Garza, pe 27 de pacienți, descrie și el aceleași simptome. C. Perez de Francisco și col. evidențiază și ei la acești bolnavi reacții depresive și anxioase de intensități diferite, care se pot vindeca prin psihoterapie sau psihotrope ușoare.

Probleme deosebite le pune însă dializa renală, care spre deosebire de grefa renală este mult mai frecventă în prezent. Bazele experimentale ale dializei au fost descoperite încă din 1913 (Abel, Rountree, Turner), dar abia în 1946 Kolff aplică pentru prima dată dializa la om. Din 1964 apar primele publicații care dezbat aspectele reacției psihice la dializați (la început dializa putea fi practică numai la persoane foarte bogate). S-au remarcat rezultate în ceea ce privește manifestă-

rile psihiatrice fie foarte frecvente, fie foarte rare. Saus, pe un lot de 60 de bolnavi dializați, găsește o stare catatonică, 7 episoade de depersonalizare, 22 episoade depresive, 11 cu idei de suicid, iar Abram în 20 centre de hemoliză și 3 478 bolnavi găsește 192 morți prin suicid, 117 prin nerespectarea dietei (suicidul ar fi de 400 de ori mai frecvent decât în populația generală).

Dializa se execută de 2—3 ori pe săptămână, cu o durată de 6 ore și, așa cum arată Daubech și col., există numeroase complicații (tromboze, scăderea TA, oboseala cu recuperare în 24 ore). După Lévy (citat de Daubech și col.) adaptarea la dializă se face în trei faze:

1. „Luna de miere“, care durează 1—3 săptămîni pînă la 6 luni, în care apare speranța, încrederea, neperceperea inconvenientelor.

2. Perioada de descurajare, care apare uneori brusc și este legată de efectele sociale ale dializei (părăsirea unei vieți active), bolnavul începe să fie conștient de handicapuri. Dacă insuficiența renală s-a instalat rapid, adaptarea este mai dificilă și pot apare decompensări psihotice.

3. Perioada de adaptare cu durată lungă, cu acceptarea limitelor și complicațiilor legate de tratament, cu episoade depresive, organizarea defensivă cu deplasare, izolare, depresie, denegare, proiecție.

Vorbind de personalitate și importanța sa în cadrul dializei Daubech arată că ar exista personalități care se adaptează prost la dializă. Astfel, el descrie 4 tipuri de personalitate: personalitate de tip narcizic, care se caracterizează prin pasivitate, lipsă de agresivitate și care se adaptează bine; tipuri istero-anxioase caracterizat prin anxietate și dramatizare, se deprimă ușor; tipul paranoiac marcat de neîncredere și agresivitate; tipul obsesional, cel mai frecvent au frecvente decompensări psihotice, depersonalizări, depresie, tulburări psihosomatice.

Timpul trăit, arată Daubech și colab., este perturbat la dializați, apare distorsiunea timpului (timpul de dializă este lungit, crede că este foarte mare, în timp ce cel dintre dialize pare foarte scurt). Depersonalizarea se limitează adesea numai la aspectele timpului.

Din punct de vedere social, bolnavul cu dializă este retras (face dializa, apoi are nevoie de 24 ore pentru refacere). Studiile sînt de obicei întrerupte, iar profesia anterioară este numai rareori păstrată. Relațiile cu soțul poate să sufere modi-

ficări serioase, poate apare suspiciunea, iar boala determină, de regulă, frigiditate sau impotență totală.

Mare parte din reacția psihică a dializatului se datorează conștiinței de cronicitate pe care și-o face bolnavul, dependența de un aparat, frica de o eventuală debutare a aparatului, limitarea deplasării pacientului.

După Haynal în selecționarea bolnavilor pentru dializă evaluarea psihologică trebuie să țină cont de următoarele:

1. Reacția bolnavului la diferite stresuri anterioare;
2. Reacția față de boală și față de persoanele din anturaj;
3. Atitudinea față de boala actuală.

Tot Haynal subliniază că adaptarea ulterioară la rinichiul artificial este legată de următoarele fapte:

1. Un nivel intelectual suficient, care să permită bolnavului să înțeleagă aspectele tehnice și să participe la tratamentul său;
2. Existența unui anturaj cu semnificație afectivă;
3. O activitate profesională investită cu interes;
4. Capacitatea de a admite și verbaliza anxietatea și a suporta dificultățile emoționale;
5. Absența posibilităților de a recurge la mecanismele de apărare, ca somatizarea (conversiunea isterică).

Este vorba în acest caz de o dependență față de un loc, o mașină, o echipă de îngrijire și această dependență este totală.

Abram (citată de Haynal) distinge următoarele etape ale procesului de adaptare la dializă:

1. Spitalizarea de urgență, reacția psihică este deangoasă;
2. Întâlnirea cu aparatul este impresionantă, provoacă panică sau neîncredere;
3. Reacție depresivă atunci când revine la vechea activitate;
4. Faza denumită de Abram „lupta pentru stare normală sau problema de a trăi mai degrabă decât a muri“.

Relația medic-pacient, spune Haynal, este aici o problemă „pe viață și pe moarte“. Chiar între bolnavi se stabilește un fel de „fratrie“, apar probleme de gelozie, revendicativitate, ca în orice familie. Relațiile cu familia îmbracă uneori aspecte dramatice. Boala nu este suportată greu numai de individ, ci și de familie. În funcție de personalitățile lor, a relațiilor anterioare, diferiți membri ai familiei pot reacționa

foarte variat. Pacientul adesea se simte frustrat, este gelos, solicită mai multă atenție și înțelegere.

O serie de reacții psihice pot avea o dublă origine, ținând, deci, atât de condițiile puse de dializă, cât și de relațiile în anturajul imediat al pacientului. În acest context foarte frecvent crește gradul de dependență și de regresivitate a bolnavului, poate apare șantajul afectiv, uneori mergând chiar la refuzul tratamentului sau la idei de suicid. Reacții paranoiace, legate de condițiile de izolare și de dependență față de aparat, pot apare și ele necesită adesea o intervenție psihoterapeutică foarte activă și chiar utilizarea unei medicații tranchilizante.

2. Psihosomatica aparaturii genitale

Motivația sexuală face parte dintre impulsurile primare cu un rol foarte important în determinismul comportamentului uman. Afirmarea virilității, îmbinarea aptitudinilor exercitării funcției sociale și a funcției sexuale sînt atribuțiile maturității, motiv pentru care orice modificare a capacităților sexuale este aptă a determina reacții psihice dintre cele mai violente.

Trăind în cadrul societății europene occidentale de la sfîrșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX, Freud a descoperit importanța conflictelor de natură sexuală în etiopatogenia diferitelor boli și, în mod special, în cadrul nevrozelor. Astfel, în 1905 el definește libidoul ca forță care măsoară impulsul sexual și care constituie contrapartea psihică a sursei biologice (hormonale) situate în interiorul persoanei (Offer, Simon). Freud accentuează asupra importanței sexului și în perioada copilăriei, perioadă în care nu se știa ca sexualitatea să aibă vreo importanță.

Vorbind de motivația sexuală, Stoica subliniază două laturi ale acesteia.

Prima latură a motivației sexuale este o componentă dinamogenă, cantitativă, înăscută, oarbă, nedirecționată (reflectă în special modificările hormonale și nervoase determinate de condițiile interne sau sub influența factorilor externi și care creează un ansamblu de potențialități). La pubertate activitatea sexuală crește brusc, datorită creșterii nivelului hormonal. Aceasta este, după Milcu, un factor necesar, dar nu suficient.

A doua latură a motivației sexuale, arată Stoica, o constituie componenta „direcțională”, care creează orientarea normală sau patologică în funcție de natura stimulului declanșant și experiența individuală și personală. Direcția motivațională după Milcu se formează, însă, în cursul vieții ca efect al educației. Psihanaliza a distrus iluzia pe care o creaseră unii filosofi, cum că în civilizația modernă spiritul este mai puțin influențat de trup, și a dovedit că omul civilizat suferă aceleași influențe ancestrale moștenite din trecutul său, iar efortul de a le tăgădui nu face decât să le îngroape mai mult în inconștient.

Psihanaliza a stabilit în cadrul dezvoltării sexualității o anumită stadialitate, de altfel bine cunoscută de către publicul medical. O anumită stadialitate în dezvoltarea sexualității observă și Rousselet, părere asupra căreia ne vom opri mai ales datorită importanței ei sugestive. Astfel, subliniază autorul, tatăl primitiv posedă toate soțiile și gonea fiii pînă cînd aceștia, prin luptă reușeau să-i „smulgă” o soție. În acest fel, repetînd fazele ancestrale adolescentul actual trebuie să învingă în primul rînd „frica” de tatăl său, să demonstreze că este tot atît de puternic (complexul Oedip). La început el se ferește, îi este frică de femeie, nu se simte pregătit pentru competiție, preferînd aventurile nepericuloase (de exemplu masturbarea). După această fază de teamă și șovăire, adolescentul, arată Rousselet, acceptă lupta și pentru a-și afirma virilitatea acceptă chiar orice luptă (devine agresiv).

La față subliniază, după același autor, într-un prim stadiu toată afectivitatea se îndreaptă spre tată, a cărui personalitate amintește pe aceea a șefului de hoardă. Ea îl adoră, pentru că este „masculul” unic și atotputernic, începe să fie geloasă pe mama sa. Ulterior începe să evite sexualitatea a cărei bestialitate o scandalizează. Numai după ce își dă seama de forța feminității sale, pe care o acceptă, este gata de viață sexuală.

Totuși, așa cum subliniază chiar Rousselet, în ciuda clarității didactice a acestor teorii ele nu pot explica totul și că o serie de cuceriri ale civilizației, influența școlii, familiei nu pot fi ignorate.

În dezvoltarea personalității umane sexul are o importanță foarte mare. Astfel, Harlow constată la maimuța crescută fără mamă un comportament sexual lipsit de eficiență, viața sexuală nu se desfășoară normal. Diferențierea sexuală se stabilește în cadrul social (joc, atitudinea părinților și a anturajului). Alterarea raportului normal dintre conștiința sexuală,

rolul sexului și orientarea sexuală poate avea consecințe psihologice foarte mari. Motivația sexuală, arată Stoica, prin componenta ei direcțională se formează în timpul vieții, în procesul de învățare. Învățarea despre sex este foarte importantă. Sursele învățării sînt prietenii, părinții (mai ales mama), profesorii, rolul cel mai mare avîndu-l discuțiile din cadrul grupului de prieteni. Duché subliniază faptul că la tineretul actual comportamentul sexual ia forme noi, în ciuda stării de neliniște și incapacitate de control din partea adulților. Acest fenomen este explicat de Duché prin mai mulți factori, ca:

— Alungirea perioadei adolescenței, perioadă ambiguă din punct de vedere psiho-social, perioadă de dependență prost suportată, motiv pentru care adolescentul revendică mai multă libertate din partea familiei. Pe de altă parte, asistăm la o devalorizare a imaginii adultului iar la adulți asistăm la un fel de „juvenolatrie“.

— Influența enormă pe care a avut-o asupra societății occidentale de astăzi teoria psihanalitică, ceea ce a determinat o serie de mișcări de „liberalizare“ totală a vieții sexuale, concepție difuzată adînc în aceste țări în cadrul grupurilor școlare și universitare.

— Cererea adolescenților de a dispune de propriul lor corp în cadrul unei societăți restrictive și divizate social, cum este lumea occidentală de astăzi.

— Metodele contraceptive, larg difuzate azi în Occident.

Totuși, așa cum subliniază numeroși autori, începerea precoce a vieții sexuale are consecințe nefaste la adolescenți, adeseori aceasta poate stimula prostituția, poate crea anxietăți și culpabilitate pentru care tînărul nu este pregătit. Dochia Matache subliniază că începerea vieții sexuale precoce la adolescente are consecințe negative atît pe plan fizic, cît și intelectual. Astfel, la lotul studiat de autoare la fetele care au avut relații sexuale precoce, problemele intelectuale au început să iasă din sfera preocupărilor lor, frecventarea școlii a avut de suferit, iar rezultatele școlare au scăzut. Din punct de vedere fizic s-a observat o dezvoltare mai mare a sînilor, bazi-nului, circumferinței bustului. S-a remarcat, de asemenea, o cheltuială energetică și o epuizare a sistemului nervos, numeroase dereglări glandulare. Abstenența ulterioară la aceste adolescente a determinat apariția crizelor funcționale, tentative de fugă pentru a rezolva problemele sexuale, asaltarea bărbatilor, masturbarea etc.

O deosebită importanță în studiul psihosomatic al sexualității o are studiul comportamentului sexual. În acest sens vom urmări principalele comportamente anormale ale vieții sexuale.

Masturbația

Masturbația este una dintre cele mai frecvente și mai precoce devieri a comportamentului sexual (începe chiar la 1—2 ani), dar se intensifică odată cu pubertatea și adolescența.

Masturbația diferă de la individ la individ, iar în unele situații (adolescență, viață în singurătate) poate deveni un înlocuitor al vieții sexuale normale, datorită senzației plăcute pe care o dă ejacularea. În general, numai o masturbatie foarte frecventă și la care se adaugă anxietatea și ideile de vinovăție, uneori ideea că acest lucru va duce la distrugerea individului, este în general considerată ca patologică. Duché, referindu-se la frecvența masturbatiei, consideră că ea este prezentă la toți băieții și la cel puțin 62% din numărul de fete. Se poate vorbi și de o masturbatie psihică, excitația sexuală producându-se sub efectul fanteziilor erotice. În acest sens Stoica consideră că un rol important îl are observarea de către copil a relațiilor sexuale la animale, pornografiile, literatura obscenă, grupul prietenilor, observarea unui act sexual la alte persoane, îmbrăcăminte strîmtă, stimularea organelor genitale ale băiatului, parazitoze, eczeme, lipsa de igienă, viața sedentară, izolarea de colectiv, alimentația excitantă, alcoolul, consumul exagerat de lichide seara și chiar un pat prea moale și o cameră prea călduroasă. Frecvența masturbării este variabilă de la individ la individ. Masturbația se petrece întotdeauna (cel puțin după ejaculare) pe fondul unor idei de vinovăție sau chiar de dezgust, pe fond anxios, la aceasta contribuind adesea și mediul nepropice în care ea se desfășoară (WC, locuri ascunse). Aceste fenomene sînt exacerbate, subliniază Amando Levy-Valensi, în cazul cînd adulții intervin cu brutalitate sau cu aplicare de pedepse sau criticism exagerat. În aceste situații adolescentul devine timid, hiperemotiv, are, subliniază Girard, frica permanentă a unei nereușite sexuale, ceea ce îl face să se izoleze de femei. Stoica subliniază că a existat o epocă în care tinerii erau îngroziți de onanism, cînd acesta era incriminat în declanșarea a numeroase boli mintale. În ciuda falsității acestei cre-

dințe, autorul atrage atenția asupra a numeroase consecințe, cum ar fi apariția la acești adolescenți a unor reacții anxioase și depresive, idei interpretative cu conținut de culpabilitate, remușcare, ipohondrie. Pot apare o serie de tulburări în sfera organelor sexuale, ca ejacularea precoce, impotențe sexuale, psihogenă, la femei frigiditatea. Davis (citată de Stoica) subliniază în cadrul masturbației feminine fenomenul de scădere a memoriei, irascibilitate, depresie, egocentrism.

Personalitatea masturbatului este caracterizată de Stoica ca fiind o personalitate timidă, lipsită de inițiativă, izolată de colectiv, prezentând totodată fatigabilitate, tulburări neurovegetative, tendințe ipocondrice. În relațiile, cu sexul opus masturbatul prezintă timiditate, lipsă de sociabilitate.

În tratamentul masturbatului psihoterapia este esențială, mai ales metodele persuasive și de deculpabilizare a actului de masturbație, explicarea procesului și a consecințelor reale a masturbației.

Impotența, ejacularea precoce

Există o impotență sexuală de debut și care se manifestă cu ocazia primelor raporturi sexuale și care ulterior poate ceda fără nici o altă intervenție (uneori este necesară doar încurajarea din partea partenerei). Fenomenul este explicabil prin starea de tensiune și anxietate în care se desfășoară primele raporturi sexuale și mai ales lipsa de informare a persoanei în probleme sexuale. Teama de consecințele actului sexual (graviditatea partenerei, boli venerice) pot să agraveze și mai mult starea de anxietate și deci și impotența de debut. Ejacularea precoce este procesul de ejaculare rapidă (adeseori la câteva secunde de la începerea actului sexual) și se poate datora marelui emotivității și excitabilității legate de actul sexual. Ulterior, datorită creării unui reflex condiționat, ejacularea precoce se poate sistematiza, tulburând întreaga activitate sexuală a tînărului. Reproșurile partenerei, eventuala ironie a prietenilor agravează și mai mult această deficiență.

Marmor înțelege prin impotență sexuală imposibilitatea bărbatului de a avea erecție suficientă pentru îndeplinirea unui raport sexual, în timp ce ejacularea precoce sau întârziată rămân termeni care se referă numai la actul ejaculării.

În ceea ce privește cauzele, Master și Johnson subliniază că în 79% din cazuri cauzele acestor anormalități sexuale sînt de natură psihologică. Astfel, vorbind de tînărul impotent primar, aceasta poate să reflecte numeroasele tulburări intrapsihice, cum ar fi represiunea sexuală datorită unor prejudecăți, o mamă „seducătoare“, care poate determina sentimente inconștiente incestuoase, anxietate de castrare (Marmor). Atitudinea negativă față de femeie, frica, timiditatea în prezența ei pot fi cauza acestor anormalități.

O importanță deosebită pare să o aibă și condițiile inadecvate în care au loc de obicei primele relații sexuale (frica de a nu fi descoperiți). Acest lucru poate contribui prin condiționare și stabilirea ulterioară a fenomenelor patologice. Atitudinea partenerei, aspectul ei fizic, vîrsta, atitudinea ei față de actul sexual poate avea de asemenea importanță. Anxietatea are de asemenea mari repercusiuni. Prejudecățile, tabuurile, arată Marmor, îl fac pe tînăr în cadrul primelor relații sexuale să aibă frică de a nu fi descoperit, raportul sexual decurge în aceste condiții în grabă și cu concentrare numai asupra orgasmului, provocînd stare de tensiune, ceea ce duce la ejaculare rapidă, iar uneori, la tineri, poate crea și reacții psihogene intense (depresie, anxietate), uneori ajungîndu-se chiar la tentative de sinucidere. Dacă reacțiile nu sînt zgomoase, se pot declanșa, în schimb, adevărate stări nevrotice, idei obsesive, iar la personalitățile dizarmonice decompensări care pot lua chiar aspect psihotic.

Frigiditatea

Frigiditatea este imposibilitatea femeiei de a avea satisfacție sexuală în cadrul unui raport normal (a mai fost denumită și anestezie sexuală). Hitschman și Bergler denumesc frigiditatea ca o incapacitate a femeiei de a avea orgasm vaginal.

Frigiditatea poate fi primară și secundară (dacă a avut anterior orgasm). Frecvența frigidității este foarte mare la femei (de la 33% la 55% după Michele-Wolf fromm).

În ceea ce privește cauzele frigidității, Stoica găsește următoarele forme etiologice: frigiditate simptomatică, frigiditate funcțională-psihogenă, frigiditate criptogenă (cauze necunoscute). Și Marmor consideră că majoritatea frigidităților

sînt psihogene. În acest sens autorul subliniază importanța „îndoctrinării” tinerelor fete de către familie și societate privind „pericolul” activității sexuale și a consecințelor ei, a aspectului urît și murdar al acestei activități. Acest lucru este mai intens în familiile retrograde.

Desfășurarea primelor relații sexuale, violul, molestarea poate crea o stare de avesiune și inhibiție a relațiilor sexuale ulterioare. Conflictele dintre părinți, conduita imorală sau brutală în relațiile dintre părinți au de asemenea o mare importanță. Stoica subliniază că pentru o tînără, condițiile în care se petrece deflorarea este deosebit de importantă, iar vîrsta prea precocă a începerii relațiilor sexuale fără o maturizare sexuală fizică și psihică este de asemenea incriminată în etiologia frigidității.

O serie de cauze țin de partener: ejaculare precoce, impotență sau potență scăzută, relații negative cu partenerul, neglijarea femeiei după primele relații sexuale, lipsa de igienă personală a partenerului și, mai ales, diferite mirosuri pe care acesta le emană (alcool, tutun), lipsa de tandreță, acuze nefondate cu temă de gelozie etc. Michele-Wolfromm subliniază din acest punct de vedere că frigiditatea este o „nevroză în doi”, dar Stoica arată că responsabilitatea bărbatului constă aproape exclusiv de maniera în care este acceptat de către parteneră. Un loc aparte în cadrul frigidității îl mai ocupă și surmenajul femeiei, lipsa de satisfacții în viața personală, lipsa posibilităților de odihnă sau a timpului în care să se îngrijească de aspectul ei fizic.

Față de frigiditate reacția femeiei poate fi foarte diferită. Astfel, multe femei nu-și fac din cauza frigidității probleme deosebite, pînă la o aparentă stare de indiferență. Acest lucru este mai ales favorizat de faptul dacă este vorba de o frigiditate primară sau una foarte veche. Alteori, frigiditatea devine o problemă foarte anxiogenă pentru femeie, putînd duce la reacții depresive și anxioase, uneori pînă la tentative de sinucidere. La tinere se pune în acest context problema capacității lor sexuale, ceea ce le creează adevărate stări de panică.

O serie de reacții pot apare și din partea partenerului, care poate să reacționeze prin insulte și chiar violențe, ceea ce agravează și mai mult frigiditatea. La unele femei frigide poate apare și o schimbare frecventă a partenerilor, ceea ce le poate aduce grave prejudicii morale și sociale.

Vaginismul

Vaginismul poate fi și el primar sau secundar. Vaginismul constă dintr-o sensibilitate crescută a vaginului, asociată cu contracturi reflexe ale musculaturii pelviene, uneori în afara contracturii reflexe a musculaturii vulvei și vaginului. Aceste spasme fac ca intrarea penisului să fie foarte dureroasă.

Vaginismul este frecvent la tinerele virgine cu ocazia primelor raporturi sexuale (după Mesters și Johnson ar fi de 8,5%). Haynal subliniază că aici este vorba de personalități anxioase, fobice și mai rar isterice, feminitatea lor nu este pusă în cauză (au plăcere clitoridiană, dar frica împiedică penetrația).

Dintre alte cauze ale vaginismului Marmor citează durerea și spasmul din timpul relațiilor sexuale, lipsa de lubrifiere vaginală, inhibiția actului sexual ca o consecință a fricii și culpabilității, experiențele traumatizante legate de partener (viol, stângăcie, brutalitate, egoism). Dintre cauzele organice tot Marmor citează: himen puternic, himen iritat, escoriații dureroase, infecții, iritația sau traumatismul clitorisului etc. Stoica subliniază că în cazul vaginismului este vorba de fete tinere nevrotice, la care se adaugă o hiperestezie a mucoaselor organelor genitale. Dorința sexuală este prezentă, uneori apărând tensiuni nervoase și erotice mari.

Dispareunia

Dispareunia este reprezentată de relațiile sexuale dureroase ale femeiei, asociindu-se uneori și cu vaginismul. Pot apare la începutul vieții sexuale, dar devine patologică numai 2—3 luni de la căsătorie (la început fiind considerată ca fiziologică).

Există dispareunii superficiale, profunde și totale (Frank).

După Haynal dispareunia se înscrie, ca toate durerile ginecologice, într-o patologie complicată. Paciente au adesea dificultăți în identificarea feminină, comportament agresiv. Există însă totdeauna, spune autorul, și o cauză ginecologică.

Și în cazul dispareuniei pacientele pot reacționa prin fenomene nevrotice sau chiar prin reacții intense depresive și anxioase. Dintre cauzele principale, Stoica subliniază impor-

tanța conflictelor psihice acute, căsătoriile din interes, partener brutal, frica de sarcină, practica coitusului intreruptus, cauze emoționale, infecții etc.

Homosexualitatea

Homosexualitatea constă în relații între indivizii de același sex. Obişnuit homosexualitatea apare mai ales la personalități dizarmonice, dar la adolescenți ea poate apare în mod accidental sau pasager (în internate, școli) și nu cere ulterior consecințe. Mai mult, așa cum subliniază Marmor, Asociația de Psihiatrie Americană, a stabilit în 1974 ca homosexualitatea să nu mai fie privită ca o tulburare mintală și să fie denumită cu termenul de „tulburare a orientării sexuale”. Thompson arată că homosexualitatea nu este o entitate clinică, ci un simptom ca expresie a unor conflicte intrapsihice. De altfel homosexualitatea și heterosexualitatea pot să coexiste.

Homosexualitatea este mai frecventă la bărbați decât la femei (după Kinsey ar fi vorba de 10% la bărbați, 2—6% la femei nemăritate, 1% la cele măritate). Frieldeburg arată că pentru R.F.G. 23% dintre bărbați au avut o experiență homosexuală după pubertate, iar în Anglia, Schonfield pentru grupa de 15—19 ani găsește homosexualitatea de 5% la băieți și 2% la fete.

În ceea ce privește cauzele în afara unei predispoziții constituționale, factorii psihogeni au fost cel mai frecvent incriminați. Singurătatea, plictiseala, curiozitatea, iar în unele situații (adolescenți) intensitatea deosebită a nevoilor sexuale determină recurgerea la homosexualitate (Marmor).

După Freud există la om o tendință homosexuală latentă, lucru combătut de către Bieber, care consideră homosexualitatea ca un fenomen patologic de la început. S-au incriminat de asemenea și factorii hormonal și mai ales genetici.

În ceea ce privește factorii psihogeni și factorii familiali, Bieber vorbește de rolul „mamei seducătoare” care domină și anihilează soțul, rolul ostilității materne, a unui tată cu atitudini feminine. Freud subliniază de asemenea că în familiile cu tată slab sau absent posibilitatea apariției homosexualității la copii este frecventă. Trebuie subliniată, așa cum arată Marmor, toleranța care există în unele societăți pentru homosexuali, care își pot crea propria lor comunitate și pot lupta pentru aș face prozești.

Din punct de vedere clinic, homosexualitatea, așa cum arată tot Marmor, se manifestă în toată gama relațiilor intime heterosexuale, dar în limita anatomică a celor doi parteneri [sărut, mângiere, masturbare reciprocă, stimularea sînilor (la femei), relații anale (la bărbați) mai rar folosirea unui falus artificial]. Relațiile încep inofensiv la început, cu tandrețe, sărut, continuînd apoi pînă la masturbarea reciprocă. Uneori (mai ales la tineri) relațiile homosexuale sînt însoțite de anxietate, teamă, uneori ambiguitate sexuală. La femei, o serie de comportamente homosexuale (sărut, prietenie intimă) sînt mai bine tolerate social. Marmor insistă asupra promiscuității crescute a homosexualului mascul față de femeile homosexuale.

3. Psihosomatica obstetricală

Se poate spune pe drept cuvînt că în ceea ce privește comportamentul femeii aproape toată viața este dominat de componenta maternală a sexualității sale. Dacă pentru bărbat paternitatea se situează numai pe plan psihologic și social, la femeie fenomenul fizic al maternității se intrică cu cel psihologic și social, iar trăirea și semnificația existențială este incomparabil mai puternică. De aceea, modificările psihice din perioada maternității la femeie pot lua aspecte diferite de la simple modificări psihologice considerate nepatologice (cel puțin datorită frecvenței), pînă la tulburări nevrotice, psihosomatice sau chiar la psihoze foarte grave.

Modificările psihice determinate de maternitate au fost menționate încă de către Hipocrate, fiind în antichitate considerate ca datorate fie lohiilor, fie „urcării laptelui la cap“.

În descrierea diferitelor entități în acest domeniu au existat de-a lungul timpului două concepții diametral opuse. Astfel, mai ales autorii francezi (Guiraud, Sivadon, Delay) au considerat manifestările psihice legate de maternitate ca entități speciale, în timp ce Magnan, Toulouse și mai ales autori anglo-saxoni (Boyd, Jakobs, Daniels) includ sindroamele legate de maternitate în cadrul marilor entități psihiatrice. Pe de altă parte, autorii americani consideră aceste entități ca neavînd individualitate, cu etiologie multifactorială (factori biologici, psihologici, sociali), socotindu-le din acest punct de vedere ca

reacții de decompensare psihică (făcându-se diferență între psihozele de coincidență și cele datorate maternității propriu-zise).

Modificările psihologice sînt binecunoscute la femeia însărcinată: modificări de somn, idei dominante de gelozie, diferite plîngerii somatice, tulburări de gust, disforie, modificări ale agresivității, revendicare afectivă, o scădere a ideei, un fel de apatie. Uneori pe acest fond pot apare accese de anxietate și panică, cu agitație, și care necesită un suport afectiv (Raucuree și Marmié). Uneori se remarcă un comportament isteric, iar maternitatea este resimțită ca pe o frustrație, reclamă mereu îngrijiri, dragoste. Multe asemenea preocupări, spun Abely și Bonquel, își pierd treptat din acuitate datorită obișnuinței sau resemnării, iar unele ating paroxismul abia după naștere, cînd mama este liniștită din punct de vedere fizic.

Fredman consideră perioada maternității la femeie ca o perioadă foarte complexă, o perioadă de criză comparabilă poate cu criza adolescenței sau cu aceea survenită la menopauză, stresul specific acestei perioade, subliniază autorul, incluzînd atît modificări endocrine, cît și modificări psihologice specifice viitorului rol de mamă, schimbări în imaginea propriului corp, posibilitatea de reactivare a unor conflicte psihologice.

Analizînd modificările psihologice și în special cele afective apărute în cursul sarcinii, Deutsch găsește din acest punct de vedere două perioade:

— O perioadă „parastatică”, care durează în medie pînă în luna a 5-a și în care au loc mai ales modificări psihice specifice viitorului rol de mamă;

— O perioadă narcisică legată de perceperea mișcărilor fătului. În primul trimestru, arată Beetschen și Charvet, sînt puse în funcție apărările homeostatice (acțiunea hipnogenă și depresivă a progesteronului, rolul estrogenilor și corticoizilor asupra catecolaminelor cu influență nefavorabilă asupra reglării emoțiilor). Trimestrul al doilea este considerat drept o perioadă de echilibru, în timp ce trimestrul al treilea s-ar caracteriza prin producerea majorității dezordinilor.

Dacă tulburările psihice majore sînt considerate a fi rare în perioada maternității, modificările psihologice, de o anumită intensitate, sînt aproape constante și, deci, nu pot fi considerate patologice. La început apariția sarcinii este cunoscută numai de către femeie și poate crea reacții psihice care pot merge de la acceptarea imediată a sarcinii, la refuzul și groaza de consecințele fizice și sociale sau cel mai frecvent la un fel de refuz ambivalent (lucru care se poate exterioriza prin anun-

țarea târzie a sarcinii soțului sau rudelor, întârzierea de a se prezenta la medic pentru a fi luată în evidență). Tot legat de reactivitatea psihică a femeii pot apare modificări ale comportamentului sexual (în special perioade de frigiditate), sînt citate de asemenea conflicte cu propria mamă, conflictualitate crescută cu anturajul. Numeroși autori consideră vomismențele inițiale ca fiind datorate rejetului față de sarcină. Tot în această perioadă apare un tonus anxios special, uneori cu fenomene paroxistice legate de perspectiva deformării corporale, a scăderii atractivității sau a rolului ei sexual, fricile legate de posibilitatea unui copil anormal.

Trimestrul al doilea găsește de obicei femeia bine acomodată, cu statut bine acceptat. În această perioadă femeia are nevoie de dependență și acest lucru se manifestă mai ales față de soț (sau mamă). Psihologii numesc această etapă perioadă de armonie totală a cuplului. Totuși și în această etapă poate apare în special bulimia, îngrășarea, anxietatea, fobii legate și de aspectul inestetic.

În trimestrul al treilea anxietatea este crescută datorită apropierii ireversibile a nașterii. Starea fizică a pacientei o face mai izolată, cu o tendință mai mare la dependență și regresivitate. Apare adesea o tensiune anxioasă de așteptare.

Nașterea este un eveniment anxios și dureros. În această perioadă femeia deși în mare cunoaște ceea ce se va întîmpla, simte nevoia de a fi asigurată, simte nevoia soțului (o prezență complice cum o denumesc Chkili și Khamlich).

După Luminet și colaboratorii, gravida ar prezenta o serie de frici conștiente și inconștiente. În ceea ce privește fricile conștiente, ele ar consta din: frica de copil malformat, de copil deficient intelectual, frica de moarte la naștere, frica legată de relațiile cu cei din jur și în special cu soțul, problema relațiilor sexuale, inestetica corporală. Fricile inconștiente sînt responsabile după unii de simptomatologia nevrotică, de tulburările caracteriale, psihosomatice și psihotice. Fricile inconștiente sînt legate în primul rînd așa cum arată autorii mai sus citați de culpabilitate, frica rar exprimată de a-și asuma copilul.

Etioptogenie. Vorbind de manifestările psihopatologice care survin în perioada maternității, Ammar le consideră „o oglindă grosieră care reflectă toate situațiile dramatice” trăite de femeie chiar înaintea sarcinii. Brisset subliniază că din punct de vedere al datelor clasice puerperalitatea era considerată ca un stres endocrino-vegetativ, iar psihoza ca o consecință a acestui stres pe un teren mental patologic. Dar, deși un asemenea

punct de vedere nu este greșit, el păcătuiește doar prin aceea că nu este complet. Propunând termenul de „maternalitate“, Racamier subliniază că tulburările psihice legate de această perioadă trebuie legate de raportarea la semnificația maternității, la întreaga viață a femeii, la momentul în care ea se produce, la situația cuplului etc.

Factorii biologici

Ereditatea și constituția este importantă deoarece o ereditate „încărcată“ face ca incidența tulburărilor psihice să fie mai mare. Numeroși autori consideră din acest punct de vedere că sarcina este doar un episod în evoluția psihotică sau nevrotică la care bolnavul era deja marcat.

Jansson consideră că antecedentele heredocolaterale ale bolnavelor cu tulburări psihice puerperale nu diferă de a bolnavilor psihici în general și sînt mult mai încărcate decît la gestantele normale. Boyd e de părere că personalitatea pacienților cu psihoze puerperale este mult mai patologică decît a celor fără tulburări psihice. Această personalitate s-ar caracteriza prin anxietate și instabilitate mai mare, la fel ca și prezența unor trăsături cicloide sau schizoide care ar fi mult mai frecvente. Totuși, accentuarea importanței factorilor eredo-constituționali o făceau mai frecvent autorii mai vechi (sfîrșitul secolului al XIX-lea). Acești factori ar rămîne în continuare importanți, subliniază Abely și Banquet, atunci cînd e vorba de antecedente maniacodepresive, oligofrenice sau nevrotice. Sarcina ar avea în cazul acestor boli rolul de a le biciui, deși în perioada propriu-zisă a sarcinii s-a observat mai degrabă o scădere a intensității acestor boli atunci cînd ele existau.

Factorii endocrini au ocupat de asemenea un rol important în explicațiile clasice date tulburărilor legate de maternitate. Fredman vorbește de interacțiunea dintre tiroidă și funcția adrenergică în raport cu nivelul crescut de estrogeni și progesteron din sarcină și scăderea bruscă după naștere. Progesteronul afectează metabolismul catecolaminelor și are efect deprimogen la om. Brisset vorbește de un adevărat stres endocrin în cursul sarcinii. Sarcina duce la o serie de schimbări în ceea ce privește secreția hormonală. Astfel, la sfîrșitul lunii a 3-a apare o creștere a hormonilor gonadotropi, iar la sfîrși-

mul sarcinii o creștere a secreției de steroizi. Revenirea bruscă la normal de la sfârșitul sarcinii poate fi resimțită ca un adevărat stres. Delay și Costel (citați de Brisset) observă faptul că regenerarea fiziologică a mucoasei uterine este mai lungă și cu defecte (normal 40 de zile) la pacientele cu psihoze puerperale. Brisset conchide că psihoza puerperală coincide cu o anomalie de regenerare a mucoasei uterine și deci cu imposibilitatea reluării ciclului utero-hipofizaro-ovarian (anomalia ar ține toată perioada psihozei și ar dispărea odată cu ea). Abely și Banquel subliniază că întregul sistem neuroendocrin va fi dependent funcțional de stresul gravidic. Astfel, în primele luni asistăm la o creștere a hormonilor mineraloizi și 11 oxicorticoizi, ceea ce după Selye ar corespunde reacțiilor de adaptare. În ultimele luni se ajunge la alte reacții de adaptare: TA crește, cresc 11 oxicorticosteroidi, apare o retenție relativă de clorură de sodiu, o ascensiune a hormonilor mineraloizi, o cădere progresivă a gonadotrofinelor. În fine, în ultimele săptămâni apare prolactina și scade foliculina. Acest echilibru se va restabili ușor după naștere, în mod treptat (în situație normală). Acest lucru este asemuit de Abely și colab. ca o nouă pubertate de care sînt legate toate incidentele psihologice și afective la care se adaugă și instinctul matern. Această evoluție normală poate fi perturbată în cursul celor două faze ale sarcinii prin exces sau prin insuficiența reacțiilor de adaptare. La persoanele predispuse, de exemplu, s-a găsit un exces de pregnandioli urinar (8 mgr pe zi) care este un derivat chimic al unui hormon vagotomizant, hipotensiv, bradicardizant și care ar favoriza starea de excitație. Și Ey consideră că sarcina este legată de foarte multe modificări endocrine, care pot fi puse în legătură cu tulburările psihice. La activitatea hipofizoovariană obișnuită se mai adaugă și activitatea corpului galben, placentei, glandelor mamare.

Un studiu important asupra importanței factorilor endocrini în psihosindroamele puerperale întreprinde Brînzei și Moscovici. Autorii subliniază caracterul dominant anxios și a aspectelor confuzional-oneiroide, statut simptomatic conferit, așa cum subliniază autorii, de stările autotoxice. Apariția tulburărilor de tip psihotic în cursul gestației constituie un aspect toxicologic particular al neurodistrofiei endocrine. Cercetările întreprinse de Brînzei și Moscovici au pus în evidență la persoanele cu psihoze declanșate de prezența sarcinii fenomene de îmbătrânire prematură a placentei cu manifestări degenerative evidente, fenomene integrate în fondul neurodistrofic-

endocrin de tip gestazic autotoxic (întreruperea sarcinii ducând la întreruperea psihozei). Autorii pun în evidență la aceste bolnave (care au fost chiuretate) următoarele: pe frotiul lichidului amniotic numeroase limfocite sau hematii, numeroase celule malpighiene superficiale descuamate. În cordonul ombilical s-au găsit zone de impregnare calcară, vase pe cale de ablatizare. Placenta prezenta scleroză interstițială, scleroza vilozităților, flebite și artrite obliterante, numeroase zone de calcifiere, zone de necroză fibrinoidă și numeroase plasmocite. Delay și colaboratorii insistă în mod deosebit la aceste bolnave asupra defectului sau deficitului de restabilire a ciclului hipofizo-ovarian, datorită tulburărilor de regenerare a mucoasei uterine, situație pe care Moricard a denumit-o „metroză de receptivitate“ (biopsia și mai ales chiuretajul subliniază Delay putând restabili receptivitatea uterină și poate duce la dispariția psihozei lucru confirmat și de Brnzei și Moscovici).

Factorii psiho-sociali și existențiali

Beetschen și Charvet subliniază că patru elemente influențează în mod deosebit asupra problemelor psihologice și sociale legate de maternitate: publicitatea legată de sexualitate (mai ales în lumea occidentală contemporană), „valoarea“ atașată copilului, dispariția familiei „tribale“ cu importante schimburi între generații și marea proximitate bărbat-femeie, ceea ce face ca sarcina să devină o problemă a cuplului. Climatul afectiv și social, subliniază Luminet și colab., poate face ca sarcina să constituie fie „o boală de 9 luni“, fie o etapă fundamentală în viața femeii. Pentru Benedic factorul determinant în trăirea gravidei este identificarea ei cu propria ei mamă, dorința de a îngriji și nutri. Faptul că un copil este planificat sau respins, așteptat, dacă sarcina este în afara căsătoriei, toate acestea devin probleme deosebit de importante ale formării atitudinii femeii față de maternitate. Pentru numeroși autori factorii psihosociali și existențiali ar explica majoritatea fenomenelor psihiatrice din cadrul maternității. Așa cum am mai arătat, sarcina și în special prima sarcină este considerată și din punct de vedere psiho-social ca o adevărată criză. Această

criză poate duce la reapariția pe primul plan a unor conflicte, la evidențierea unor anxietăți sau tendințe nevrotice mascate sau compensate.

Ey arată că în condiții identice economice sarcina poate constitui o ocazie de „valorizare” sau, din contră femeia, poate refuza conștient sau nu rolul de mamă. Deutsch (citată de Ey) spune că sarcina este un eveniment deosebit de important, fiind capabilă să schimbe întregul rol și statut al femeii, modificându-i în mod fundamental condițiile vieții anterioare. Locul femeii în societate, statutul ei socio-familial intervine în atitudinea femeii față de maternitate. Astfel, tot Ey subliniază că în societățile primitive femeile nu cunoșteau psihozele legate de maternitate. Motivele conjugale, economice și profesionale joacă, de asemenea, un rol foarte important. Brisset spune că structura actuală a familiei, locul femeii în societate, educația sexuală, raporturile mamă-copil, rolul mamei în educație au schimbat cu totul opinia despre maternitate. Astfel, asigurarea dată de propria mamă, faptul că la naștere nu va fi singură, că sarcina nu mai este ascunsă face ca din punct de vedere teoretic pericolele sarcinii aproape să dispară. Medicul ascultă și vorbește, ține cont de femeia gravidă mai mult decât în oricare situație de boală adevărată. În aceste condiții, Abely și Bouquel consideră sarcina mai mult un stres fizic decât psihologic, circumstanțele afective fiind în prezent bine suportate de fiecare femeie. Dar situația, după aceiași autori, devine cu totul alta atunci când este vorba de o femeie tânără, o soție adulterină, o femeie abandonată sau o mamă deja epuizată și resemnată care nu poate suporta consecințele maternității la fel ca o soție legitimă. În acest caz tulburările psihice pot fi denumite psihopatii gravidice.

Condițiile economice pot fi uneori preponderente (lipsă de spațiu, de confort, alcoolismul soțului etc.). Anturajul și mai ales soțul (încercări anterioare de a o abandona) sînt importante. Chkili și colab. arată că statutul social și familial al femeii, mariajul precoce, natalitatea prea mare, mortalitatea infantilă, deficiențele materiale, familia prea numeroasă, indiferența soțului pot sta la baza unor decompensări psihice. Conflictele privind asumarea rolului de mamă sînt de asemenea foarte frecvente.

Frecvența psihozelor puerperale este totuși astăzi într-un declin continuu. Astfel, pentru Franța Rancurel și Marmie observă o scădere de la 7—8% în secolul trecut la 5% în prezent, iar Oltman și Friedman (citați de Rancurel și Marmie) găsesc între 1942—1956 o frecvență de 7,3%, iar între 1956—1963 de 3,7%. Totuși, așa cum subliniază autorii, majoritatea statisticilor actuale stabilesc frecvența la 1—2% tulburări psihice mai grave. Se vorbește chiar în acest cadru și de importanța unei protecții relative pe care sarcina ar exercita-o asupra riscului unei boli mintale, tulburările post-partum ocupînd de fapt rolul principal (cu un raport de 5/1 față de celelalte perioade ale sarcinei).

Totuși o serie de autori arată că majoritatea tulburărilor psihice apar în primele luni (85% în primele 2 luni după Thomas și Gordon și 80% în primele 2 săptămîni după Sivadon). Chkili și Khamlichii în mediu marocan găsesc o frecvență a tulburărilor psihice legate de maternitate de 4,93%, subliniind și ei valoarea medie găsită de diferiți autori în jurul lui 4%. Există deosebiri legate de condițiile sociale și etnice (11,5% în Israel, după Jaffe și 13,9% în mediul musulman algerian, după Maser și Barre). Tot după autorii sus-citați 19% dintre tulburările psihice apar în cursul sarcinii, 65% post-partum și 10% în cursul alăptării, iar 6% postabortum.

După Ey frecvența tulburărilor psihice la gravide ar fi de 1/300 și ar reprezenta cam 4% dintre femeile internate în spital. Marea masă a îmbolnăvirilor s-ar situa tot după naștere (80% și doar 15—20% în perioada gravidității, și 5—15% în perioada de lactație).

Vîrsta apariției

Majoritatea autorilor sînt de acord că tulburările psihice legate de maternitate au maximum de frecvență între 25—30 de ani, iar în ceea ce privește rangul sarcinii, 71% din cazuri ar fi multipare mai ales după a 3, 4, 5-a sarcină (S. Ammar). Totuși, Roucuree și Marmie consideră că psihozele gravidice apar mai frecvent la multipare pe cînd psihozele postpartum la primipare. De asemenea, subliniază autorul, tulburările psi-

hice ar fi mai frecvente dacă fătul este băiat. Totuși Osterman consideră că psihozele sînt mai frecvente la femeile de peste 30 de ani sau mai în vîrstă mai ales dacă gestanta este primipară.

Descriere clinică

Așa cum am mai subliniat, tulburările psihice pot surveni în diferite perioade ale maternității.

4. Tulburări psihice legate de perioada gravidității

Kolb subliniază pe bună dreptate că sarcina poate să reanime vechile tendințe și atitudini față de mamă, complexe vechi privind structura corporală, uneori pot apare comportamente indicînd ostilitatea față de soț sau copil, reflectînd conflictele legate de mariaj sau față de viitorul său statut de mamă (pot apare idei de respingere a copilului, tendința de a lua în mod abuziv medicamente).

Cea mai mare parte a tulburărilor psihice din această perioadă au formă nevrotică. Sarcina, spune L. Michaux, poate să interfereze un echilibru instabil la persoanele imature afectiv cu o personalitate care nu se poate adapta la starea unei femei gravide. Adesea, la originea gravidității găsim o atitudine nevrotică, ca: fuga sau evitarea unei situații familiale sau sociale, realizarea unui mariaj mai puțin satisfăcător sau cu resentimente, sarcină nedorită, o reacție imatură și nevrotică a soțului pentru sarcina soției, care poate declanșa la aceasta decompensarea unei vechi străi nevrotice. Gravidele au frecvent stări nevrotice, cu tulburări afective, tulburări de somn, iritabilitate, dereglarea libidoului, atitudini revendicative cu căutarea de afecțiune. Anxietatea este foarte frecventă la femeile însărcinate și ea poate fi legată, așa cum arată Brisset, de frica de boală sau moarte în timpul sarcinii, frica de a nu naște un copil mort sau deficient. Multe femei devin instabile și triste în cursul sarcinii, pot apare accese de anxietate diurnă sau nocturnă, cu stare de rău și sentimentul morții iminente, cu agitație și căutarea permanentă de confort. În situații mai

rare, tulburările nevrotice pot lua aspectul unor nevroze obsesive sau fobice (cu idei obsesive legate de naștere sau de singurătate). Michaux subliniază că preocupările obsesive au adesea ca subiect și dezvoltarea copilului sau sentimentul de inferioritate. Pot apare, de asemenea, aspecte nevrotice isterice (negarea isterică a gravidității, amnezii, confuzii isterice) mai ales la femeile imature sau dependente afectiv. În aceeași categorie intră și voma, dacă ea persistă peste luna a 3-a. Tot în această perioadă pot apare la gravidă și o serie de acte antisociale: furturi, fugă, conduite perverse. În ceea ce privesc tulburările psihosomatice (cu excepția grețurilor și vărsăturilor gravidice) ele sînt rare la gravide.

Bolduzzi (citată de Osterman) subliniază că manifestările psihice survenite în prima fază a gestației sînt discrete și se discern mai greu decît cele din a 2-a parte a sarcinii. Abely și Bouquel arată că în primele 4 luni ale sarcinii componenta „psihologică” este predominantă, aceasta datorită stresului afectiv sau unei predispoziții nevrotice și emotive particulare. Explozia nevrotică este facilitată de condițiile neuroendocrine ale sarcinii din această perioadă (căderea TA, epuizarea CSR, creșterea electroliților — K, Na, P, Ca), tulburărilor neurovegetative și modificărilor ectodermice). Acest lucru va determina o serie de stări depresiv nevrotice cu tulburări afective, anxietate, insomnie, astenie. Tulburările nevrotice după luna 5—6 se deosebesc de cele din primele luni (dar sînt mai rare). Astfel Abely și Bouquel vorbesc în acest cadru de o deșteptare sau agravare a unei diateze spasmolitice (datorită nevoilor de calciu ale fătului). Ea constă dintr-o stare de neliniște, ca agitație sau agresivitate. În acest context (a marelui consum de calciu) autorii vorbesc chiar de apariția unei nevroze „spasmodice”.

Osterman evidențiază, de asemenea, reacțiile depresive simple, mai ales în primele săptămîni de sarcină și care dispar spontan, reacțiile depresive fiind specifice primelor 3 luni de sarcină și nu perioadei postpartum așa cum se considera înainte. Cu toate acestea, arată Brisset, nevrozele gravidice sînt benigne și adesea se limitează doar la un simptom (vomă, tulburări de caracter, anxietate, fobie, comportament isteric, manifestări psihosomatice sau acutizări ale unor sindroame psihosomatice preexistente).

Stările psihotice în perioada gravidității sînt rare (după Kolb 14 la 10 000 de gravide). 50% din cadrul acestor psihoze sînt schizofrenii, 25% stări manicodepresive și 20% alte reacții

psihice. Chkili și Khamlichi consideră că 90% dintre bolnavele cu tulburări psihice gravidice sînt psihoze (forme confuzo-onirice, deliruri, faze maniacale, în timp ce Sivadon și Boyd consideră că procentajul ar fi de 140% cu predominanța stărilor maniacale și depresive).

După Brisset, cu excepția tulburărilor de conștiință în perioada sarcinii pot apare numeroase stări psihotice și mai ales psihozele anxioase de la simple stări de panică pînă la stări de neliniște benignă. Ey arată că în perioada sarcinii pot apare o serie de psihopolinevrite gravidice caracterizate prin paralizie și atrofie dureroasă și confuzie mintală asociată adesea cu vomismente incoercibile. Ar fi vorba aici de o carență vitaminică.

Abely și Bouquel vorbesc de psihoze care apar în primele luni de sarcină și psihoze care apar în a 2-a parte a sarcinii. Astfel, în primele luni pot apare stări de excitație și agitație de tip maniacal (mai ales la subiecții ciclotimici și instabili în echilibru lor neurovegetativ s-a constatat un exces de pregnadiol de peste 8 mgr). În a 2-a parte a sarcinii pot apare forme melancolice cu deshidratare, mici pusee azotemice și de HTA. Dozajele hormonale arată o creștere a 11 oxicorticosteroidilor. Existența unui sindrom complex neuro-endocrinovascular apropie aceste stări de toxemia gravidică. Această formă melancolică a ultimelor luni poate să meargă pînă la confuzia mintală sau să ia alura unei strări delirante, cu elemente halucinatorii de tip oneiroid. Trebuie subliniat totuși, așa cum face Balduziz (citată de Osterman), că este necesară o diferență între psihozele care apar propriu-zis în această perioadă de psihozele de acompaniament. Boyd citează în cursul sarcinii cazuri care s-au manifestat prin simptome schizofrenice chiar de la început, subliniind că deși reacțiile delirante apar mai ales post-poartum, un delir toxic poate apare pe toată durata sarcinii. Totuși delirurile se pare că sînt mai rare în perioada sarcinii. Gayral atrage atenția că stările psihotice apărute în cursul sarcinii pot să se continue și după aceea sarcina neavînd un rol patogenetic, ci doar unul patoplastic, neexistînd sindroame specifice.

Este interesant de remarcat la tați o mare frecvență a anxietății, iar Trethowan arată că 10% din tați, în perioada gravidității soției, prezintă simptome în mare parte similare cu ale mamei: grețuri, stare de rău dimineața, pervertirea ape-

titului, uneori balonare abdominală, dureri foarte mari de dinți, acestea putînd fi privite ca o identificare paternală cu rolul mamei.

5. Tulburări psihice post-partum

Tulburările psihice post-partum sînt considerate ca fiind cele mai frecvente tulburări psihice legate de maternitate. Fredman subliniază că simptomele psihice se observă foarte rar înaintea zilei a treia și se pot manifesta ca sindroame prodromale: insomnie, astenie, depresie, iritabilitate, cefalee, labilitate afectivă.

Un aspect foarte interesant descris de mulți autori este sindromul cunoscut sub denumirea de „sindromul zilei a treia”. Acest sindrom apare sub forma unei epuizări maxime, a unei depresii marcate cu crize de plîns, anxietate, agresivitate față de anturaj. Acest lucru vine în contrast cu situația din primele 3 zile, în care domina optimismul și curajul. În continuare apar o serie de manifestări ca suspiciunea, stări confuzionale, refuzul alimentar, fenomene legate de copil sau de rolul matern. Bruniquel atrage în mod deosebit atenția mai ales asupra originii biochimice a sindromului. Este vorba de o tulburare hormonală (prăbușirea estrogenilor și progesteronului; modificări în jocul catecolaminelor, în special la nivel cerebral). S-a insistat de asemenea asupra pierderii masive de calciu, mai ales în perioada post-partum precoce. Urmînd după impregnarea estroprogesteronică a sarcinii cu dominanta progesteronică în zilele care urmează, apare secreția de prolactină secretată prin acțiunea factorului inhibitor hipotalamic asupra celulelor prolactinice ale hipofizei. Acest hormon, arată Ammar, este de natură dopaminică. În acest fel „sindromul zilei a 3-a” apare ca o stare depresivă de natură organică.

În afara acestui cadru nosologic aparte postpartum mai pot să apară și alte modificări psihice. Astfel, reacții nevrotice în cazul cînd a rezultat din naștere un copil mort sau malformat, uneori chiar din cauza conflictelor cu soțul, conflicte legate de sexul copilului. În acest context pot apare o serie de stări emotive, stări anxioase și ajungînd uneori chiar

la stări psihotice pe care Abely le numește stări schizonevrotice, deoarece nu este vorba de schizofrenii adevărate. Uneori, tot după Abely, unele din aceste stări pot trece în adevărate stări parafrenice, iar altele într-un veritabil sindrom discordant, care nu a existat anterior acestei perioade.

Principalele tablouri clinice întâlnite postpartum au fost grupate de Chkili și colaboratorii astfel:

1. Stări confuzionice și bufee delirante survenite imediat după naștere și care se instalează de obicei brusc cu o stare confuzională (obnubilare, stupoare, dezorientare temporo-spațială, tulburări de memorie, false recunoașteri). La starea confuzională se pot asocia adesea și activitatea onirică, halucinații, delirul oniric, delir de persecuție sau centrat pe copil. Paciente, subliniază autorii, pot nega mariajul, maternitatea, consideră că au născut copilul mort, că li s-a furat, aud voci amenințătoare. Anxietatea puternică se însoțește de senzații de depersonalizare. Starea afectivă oscilează între agitație maniacală sau depresie, cu tentative de suicid sau infanticid. Brisset consideră drept o caracteristică principală a psihozelor postpartum afectarea conștiinței, deși ea nu este nici identică nici stabilă. Paciente, arată autorul, sînt inerte, stupefiate, năucite, confundă locurile și oamenii.

Tot Brisset împarte aceste tablouri în următoarele forme clinice:

- Formă cu confuzie minimă și anxietate pe primul plan;
- Formă excitomaniacală;
- Formă melancolică pură.

Mult mai rar apar azi la gravide delirul infecțios sau delirul acut, aceasta datorită mijloacelor antiinfecțioase actuale.

2. Stări afective cu debut mai tardiv și care se manifestă sub forma unor depresii profunde, mai rar stări maniacale sau oscilații maniacodepresive. Pentru Abely și Bonquel psihozele puerperale iau cel mai frecvent forma excitației sau depresiei asociate cu tulburări confuzionale. Se pot descrie, astfel, stări maniacale, forme melancolice asociate unei veritabile stări confuzionale, forme agresive cu agitație. Autorii consideră că diferențierea acestor sindroame afective puerperale de bolile psihice declanșate de naștere se poate face prin păstrarea în cazul acestora a instinctului și dragostei de mamă. Și Brisset vorbește în acest cadru de variații ale dispoziției și onirismu-

lui. Bolnavele sînt triste, adeseori apare o stare de perplexitate. Alteori lupta contra anxietății declanșează o stare de agitație și exuberanță.

3. Stări schizofreniforme care se instalează după o stare confuzională sau confuzoonirică. Apar tulburări de comportament cu bizarerii, acte impulsive, atitudini negativiste, tulburări de gîndire și afectivitate, indiferența afectivă, autism sau delir paranoid. Este vorba, așa cum subliniază Chikili și colab., de stări pseudoschizofreniforme, cu prognostic favorabil și vindecare totală, iar în unele situații de schizofrenii autentice descoperite doar de sarcină și lehoz. Uneori tardiv (la 3—6 săptămîni) pot apare stări depresive cu asocierea diferitelor plîngeri nevrotice, preocupări ipohondrice, astenie, tulburări ale dispoziției (Chikili și colab.). Evoluția poate fi favorabilă, transientă sau mergînd spre agravare.

6. Tulburări psihice în perioada de lactație

Secreția lactată este dependentă de prolactina hipofizară și intră în acțiune după expulzia placentară. Se știe că între foliculină și prolactină există un antagonism, ceea ce va face ca în cursul alăptării foliculina să fie scăzută. Această situație endocrină, arată Abeley, este bine tolerată, dar întreruperea lactației din diferite motive face ca hipofiza deja fragilizată și paralel cu aceasta diencefalul să fie supuse la eforturi suplimentare. Astfel hormonii seriei antehipofizare să forțeze frînarea galactoreei, ceea ce poate duce la tulburări melancolice.

Continuarea alăptării cu secreția lactată diminuată duce la epuizarea antehipofizei, ceea ce poate duce la apariția unor stări maniacale de epuizare.

Tulburările psihice din perioada lactației au fost adesea privite ca tulburări puerperale tardive și de cele mai multe ori iau aspect schizofreniform. Totuși Ey subliniază și prezența altor reacții, cum ar fi cele cu aspect nevrotic, anxietate, sentimente de incapacitate, uneori fiind vorba de o biciuire a unei stări nevrotice preexistente. Reacțiile depresive sînt destul de frecvente, ceea ce a făcut pe vechi autori să vorbească de o „neurastenie puerperală“.

După Abely și Bouquel în perioada de lactație pot interveni două tipuri de incidente:

— Mama face o tulburare nervoasă și nu mai poate alăpta, fiind transferată pentru tratament la medicul psihiatru;

— Tulburările psihice apar la câteva săptămâni după naștere, cu întreruperea bruscă a lactației.

În unele cazuri subliniază autorii, tulburările psihice apar și în urma epuizării fizice și psihice.

7. Tulburări psihice post-abortum

După avort pot apare o serie de tulburările psihice. Aceste tulburări apar obișnuit la câteva zile de la avort și mai ales în situația unor avorturi provocate ilegal sau acolo în care avortul este rezultatul unei stări sociale proaste. Avortul spontan dă rar tulburări psihice, cu excepția unor stări depresive de intensitate nevrotică. După avorturile provocate s-au descris diferite tulburări psihice, majoritatea făcând parte din seria nevrotică, dar în unele situații pot apare stări zgomotoase de confuzie mintală agitată, reacții anxioase sau depresive importante. Fenomenele psihice pot fi uneori direct rezultatul condițiilor familiale sau fricii de avort. Întreruperea bruscă a unei maternități dorite și uneori contra unei etici sociale, arată Abely, este un factor etiologic important.

Evoluția tulburărilor nevrotice care apar pe fondul post-aboritiv este uneori foarte trenată și rezistentă la tratament. După avort pacientele prezintă uneori fenomene de vaginism sau frigiditate.

Abely și Bonquel subliniază și ei importanța factorilor psihologici în tulburările psihice legate de avort. Dacă în cel spontan apare decepția prăbușirii unei speranțe (mai ales la un copil dorit) și care se manifestă adesea doar printr-o depresiune ușoară, avortul provocat este traumatizant din punct de vedere fizic și moral, producând „o dezordine emotivă în mijlocul conflictelor etice și a suferințelor fizice”. Adeseori după aceiași autori, avortul este decis și efectuat în plină stare emotivă, în mijlocul conflictelor familiale, morale sau de altă natură. La acestea se mai adaugă starea de frică datorită condițiilor de ilegalitate în care el se efectuează adesea, la care,

spune Abely, trebuie adăugată și starea de epuizare psihică, fizică, precum și modificările hormonale specifice primelor luni de sarcină. Această situație va putea conduce la apariția unei nevroze cu paroxisme anxioase, la tulburări psihosomatice, la o stare nevrotică permanentă.

În formele de avort clandestin, tot Abely și Bouquel descriu și o serie de reacții psihotice cu agitație, stări confuzionale, negativism. Autorii recomandă chiar ca la toate femeile în perioada de fecundare, și care prezintă tulburări psihopatice, atipice, să se investigheze și posibilitatea unui avort (o secreție lactată).

8. Evoluția și prognosticul tulburărilor psihice legate de maternitate

După Michaux vindecarea în tulburările psihice legate de maternitate s-ar produce în 60% din cazuri, iar într-o perspectivă mai largă, chiar în 90% din cazuri. De fapt prognosticul s-a îmbunătățit foarte mult în ultimul timp datorită mijloacelor de luptă contra infecțiilor și a mijloacelor de desocare. Formele confuzionale au prognostic mai bun. Persoanele cu antecedente psihiatrice au un prognostic mai prost. Totuși, deși prognosticul s-a îmbunătățit, numărul recidivelor rămâne încă destul de important, ajungând, așa cum arată Polonio, la 25%.

Uneori, subliniază Ey, evoluția poate dura și 1—2 ani, iar în numeroase cazuri apare cronicizarea, mai ales sub forma unor tablouri schizofreniforme (evoluția spre demență cu cașexie este excepțională). Există o serie de sechele nevrotice: depresie, fenomene isterice, tulburări psihosomatice, iar Ey vorbește de o serie de sechele sub forma unor trăsături de personalitate. Brânzei și Moscovici apreciază la 18% psihozele puerperale cu evoluție nefavorabilă.

10 Psihosomatica sîngelui și organelor hematopoetice

Importanța integrității sistemului hematopoetic este foarte mare pentru fiziologia sistemului nervos central, sensibilitatea lui la hipoxie și la alte modificări ale metabolismului fiind bine cunoscute. Astfel, dacă o anemie se instalează rapid (în hemoragii, de exemplu) apar tulburări psihice rapide și foarte grave (stări confuzionale). Instalarea lentă a unei anemii este mai ușor suportată. Dacă pierderea unei cantități de 500 gr este bine tolerată cea a unei cantități de peste 2 litri este, de obicei, fatală. Numeroase boli ale sistemului hematopoetic sînt considerate de origine neoplazică (leucemie, limfosarcom etc.), motiv pentru care conștiința unei atare boli, infiltrațiile, compresiunile tumorale pot influența direct sistemul nervos central și produce astfel numeroase tulburări. Totuși Diamant consideră că invadarea propriu-zisă a sistemului nervos este destul de rară. Psihicul poate fi influențat de o serie de modificări toxice specifice sau de către modificările celulare sanguine. Influențe asupra psihicului are și tratamentul prin raze Röntgen.

Un studiu psihosomatic al bolilor de sînge, după cunoștința noastră, nu există încă în literatură, psihosomatica neglijînd în mare parte bolile sîngelui în favoarea unor alte aparate și sisteme în care influența dintre psihic și factorii somatici poate fi pusă mult mai ușor în evidență. Totuși, în literatură există unele referiri privind influența unor factori emotivi asupra unor elemente sanguine. Există, de asemenea, referiri privind latura somatopsihică a bolilor sîngelui.

În cele ce urmează ne vom opri asupra lor.

1. Anemiile

Anemiile constituie un grup de boli care se caracterizează în primul rând printr-o scădere a numărului de globule roșii și alte manifestări ale organelor hematopoetice. Sindromul neuropsihic se poate explica aici prin hipoxia determinată de scăderea numărului de globule roșii, fenomen care poate merge de la nivelul sistemului nervos pînă la apariția unor leziuni degenerative la nivelul scoarței cerebrale.

În cadrul anemiilor o serie de autori au vorbit de o psihopatologie bogată, în timp ce alții au arătat că în cadrul lor tulburările psihice sînt foarte rare. Două elemente sînt importante, subliniază Aita, în influența anemiei asupra sistemului nervos:

1. Hipoxia cerebrală;
2. Tulburările metabolice consecutive, precum și modificările celorlalți constituenți ai singelui.

Se pare, așa cum arată și observațiile curente, că în anemii astenia este simptomul cel mai frecvent, uneori aceasta făcînd parte dintr-un adevărat sindrom nevrotic (cefalee, astenie, vertigii, nervozitate). Totuși Splandin, pe 360 de pacienți, observă că nu ar exista nici o corelație între nivelurile medii de hemoglobină și prezența unor acuze ca astenia, dispneea, indispoziție generală. Hațeganu insistă în cadrul anemiilor mai ales asupra constanței cefaleei, oftatului, amețelilor, fenomene care ar putea fi explicate prin gradul de hipoxie cerebrală pe care boala îl determină.

Dacă anemia a survenit din perioada copilăriei și a avut o evoluție îndelungată, acest fenomen poate duce chiar la o oprire a dezvoltării intelectuale, pînă la o adevărată oligofrenie de diferite intensități (Paton și colab.).

Chatagon și colab. descriu în unele anemii hipocrome existența unei stări subconfuzionale, cu anestezie psihică la durere, stare de pasivitate. Uneori bolnavii prezintă dispoziție tristă, indispoziție. Bolnavii cu anemie au de asemenea tendința de a avea foarte ușor idei ipohondrice.

La bolnavii anemici Gruhle, Renzetti, Filippine au descris febră, convulsii, stări depresive. Pinkhas și colab. descriu, în schimb, la epileptici, după tratament anticonvulsivant, apariția unor anemii megaloblastice.

O poziție diferită în cadrul anemiilor are *anemia pernicioasă*. Thomas Addison, descriind anemia pernicioasă în 1855,

descrie tot pentru prima dată și existența unor „modificări mintale ocazionale“. Preobrajenski descrie sindromul neuropsihic datorat lipsei vitaminei B_{12} din anemia pernicioasă. În anemia pernicioasă există o lipsă a factorului „intrinsec“ din cadrul secreției gastrice, ceea ce nu permite resorbția de vitamină B_{12} . Murphy și colab. atrag atenția că tulburările psihice din cadrul anemiei pernicioase se leagă mai mult de carența în vitamina B_{12} , decât de gradul anemiei ca atare. Același lucru este subliniat și de Jung și colab., Adams, Kubic, care vorbesc despre regresivitatea tulburărilor psihice după tratamentul cu vitamină B_{12} . Scheinberg arată importanța vitaminei B_{12} în ceea ce privește respirația celulelor cerebrale, în timp ce Niewing susține că vitamina B_{12} intervine și în metabolismul glucidelor din s.n.c. (carența ar duce la acumularea de hidroxifenil piruvat și fenil piruvat, produși toxici pentru sistemul nervos central). În geneza tulburărilor psihice din anemia pernicioasă o serie de teorii au incriminat importanța achiliei gastrice, aceasta acționând prin scăderea barierei intestinale, fie a permeabilității barierei hematoencefalice pentru toxinele microbiene. Castele vorbește de lipsa unui factor neurotrofic (pe lângă cel hematotrofic), care ar fi secretat de mucoasa gastroduodenală. Reitman a elaborat teoria existenței unui factor demielinizant. Mihai și Bona subliniază lipsa unor amino-acizi în sângele bolnavilor cu anemie pernicioasă (fenilalanina, serina, cisteina). Același lucru este indicat și de Cincă și Bona în LCR a bolnavilor cu anemie și sindrom neuropsihic. Adams și Kubic consideră că în anemia pernicioasă apar la nivelul creierului leziuni de infiltrație perivasculară, degenerări neuronale, proliferare fibroasă, leziuni ale celulelor nervoase (celulele Betz, în special, degenerări ale tractului corticospinal, ale substanței albe, proliferări gliale la nivelul lobilor frontali).

În cadrul anemiei pernicioase adesea sindromul psihic poate preceda sindromul clinic sau de laborator, uneori cu 2—3 ani.

Cele mai frecvente manifestări psihice în anemia pernicioasă sînt depresia, anxietatea și stările confuzionale. Mc Alpine notează în mod deosebit prezența unei depresii de fond, fenomen care precede cu mult sindromul sanguin.

Ca frecvență sindromul astenic este pe al doilea plan în anemia pernicioasă și el se caracterizează prin astenie, cefalee, fatigabilitate, irascibilitate, insomnii. După Alliez și Miffred prezența sindromului psihoanemic în boala lui Birmer

este clasică. Marea frecvență a diferitelor sindroame psihice care se pot întâlni în cadrul anemiei pernicioase l-a făcut pe Murphy să ceară introducerea dozării vitaminei B_{12} la toate cazurile de bolnavi psihici internați. Autorul subliniază că simptomatologia psihică din cadrul anemiei pernicioase este așa de polimorfă, încât poate să imite debutul a diferite maladii psihice. În afara strărilor depresive și a sindromului astenic, în anemia pernicioasă s-au mai descris și alte sindroame, cum ar fi sindromul paranoic sau confuzional. Weiner și Hope descriu 44 cazuri de femei cu sindrom paranoid care au fost vindecate cu vitamina B_{12} . J. Mac Donald pe 25 cazuri de anemie pernicioasă găsește 14 cazuri cu sindroame dementiale (deficit de memorie, confuzii, agitație puternică, anxietate, halucinații și iluzii, gatism, agitație). Bourvil și Jackson Smith descriu la unii bolnavi fenomene de „dèja vu“, fenomene de depersonalizare, iluzii, halucinații, tulburări de memorie, fenomene care cedează și ele la tratamentul cu vitamina B_{12} .

În ceea ce privește tulburările psihice mai grave, Henderson (citată de Bourvil) descrie în cadrul anemiei pernicioase stări dementiale, confuzii mintale toxice, sindroame afective psihotice, sindroame paranoice sau apatoabulice. La examenul EEG Walton constată elemente nespecifice (unde theta și chiar delta în focare sau generalizate), fenomene care cedează dacă tratamentul specific este făcut la timp.

Personal la 9 cazuri de anemie pernicioasă am putut constata tulburări psihice, ca: vertij, tulburări de vedere, astenie, dispnee de efort, anorexie. Pacienții erau adinamici, anxioși, depresivi, iar în perioada spitalizării au fost deosebit de conflictuali. Ca personalitate pacienții manifestau tendințe psihastenice, o depresiune mascată puternică și o mare emotivitate. Pe 22 bolnavi cu anemii feriprive am constatat mai ales o stare de adinamie și anxietate, depresia fiind de asemenea importantă. Pacienții manifestau o mare instabilitate afectivă, tendință anxioasă, preocupări ipohondrice (mai ales cancerofobie).

2. Leucemiile

Leucemiile sînt maladii ale sîngelui care constau dintr-o înmulțire excesivă și anormală a leucocitelor, cu cointeresarea în același timp a măduvei osoase și a țesutului limfoid (gan-

glioni, splină, ficat). Datorită mărimii lor celulele leucemice pot bloca vasele sanguine mici, pot determina infiltrații difuze sau nodulare în sistemul nervos central, pot determina astfel leziuni hemoragice, edeme, leziuni ischemice. Munnro descrie la bolnavii cu leucemie stări astenice, adinamie, iar uneori apariția delirului. Din 334 cazuri cu leucemie Schwab și Weis găsește tulburări psihice la 20% din cazuri.

Alliez și Miffred consideră că tulburările psihice în leucemiile acute și cronice pot fi considerate ca excepționale în afara „angoasei neexprimate” inițiale și de „istovirea fizică și psihică” a lui Chevalier. O serie de fenomene psihice pot fi explicate și prin gradul de anemie destul de pronunțat care se găsește în aceste maladii.

Manifestările psihiatrice cele mai frecvente și mai intense se găsesc în leucemia acută, putînd fi explicate printre altele de masivele hemoragii cerebrale sau de fenomenele de hipertensiune intracraniană. Craigie, Bennet, Ollivieri subliniază importanța hemoragiilor cerebrale din cursul leucemiilor. Aita menționează și el că 20—25% din cazurile cu leucemie acută sînt mortale datorită hemoragiei cerebrale. Microtrombozele cerebrale pot determina un sindrom pseudonevrotic, manifestări obsesivofobice. Foarte importantă este personalitatea premorbidă a bolnavilor, modul în care ei reacționează în fața problemelor existențiale puse de boală.

După Barron, Damesbek, Hunt manifestările neuropsihice din leucemie se pot datora unor complicații, cum ar fi:

- Hemoragia intracraniană;
- Interesarea cerebrală leucemică;
- Leucemia „meningeală” (cu hipertensiune intracraniană);
- Infecții favorizate de leucemie.

Vedem, deci, că de fapt sindromul psihiatric din cadrul leucemiei este adesea secundar unei interesări meningeale sau cerebrale determinate de complicații ale leucemiilor. Hyman arată, pe de altă parte, că citostaticile utilizate în terapia leucozelor străbat greu bariera hematoencefalică, motiv pentru care ele pot ameliora fenomenele periferice ale leucemiei, în timp ce la nivel cerebral fenomenele sînt mai puțin influențabile. În prima fază a leucemiei tulburările psihice constau, de obicei, din reacții depresive sau anxioase, uneori cu idei interpretative, agresivitate, elemente legate mai mult de aspectele reacției psihice față de boală. Ulterior fenomenele psi-

hice se pot agrava. Apar într-o fază mai tardivă stări confuzionale sau uneori fenomene convulsive.

Personal am efectuat un studiu asupra a 34 pacienți cu leucemie cronică și 7 pacienți cu leucemie acută. Astfel, în leucemie acută am notat, din punct de vedere clinic, prezența unei anxietăți puternice, până la o adevărată stare de panică, paralel cu o labilitate deosebită vegetativă. Concomitent cu aceasta s-au observat importante tendințe psihastenice ipohondrice și hiperemotive. La bolnavii cu leucemie cronică am notat, în special, următoarele simptome psihiatrice: scăderea capacității de muncă și efort, anxietate, autoobservație exagerată, adinamie, astenie, idei de suicid, violență, izolare, tristețe. Aceste simptome compuneau uneori adevărate sindroame depresiv-anxioase, sindroame anxioase și uneori sindroame schizoide paranoide sau hipocondrice. În unele cazuri au apărut tendințe agresive puternice și chiar acte antisociale. Reactivitatea psihică față de gravitatea bolii de care sufereau era, de asemenea, foarte vie, ceea ce a determinat reacții psihice, mai ales emotive foarte puternice.

3. Limfosarcomul

Limfosarcomul este o boală a sistemului limfatic (ganglioni, splină). Infiltrațiile celulare pot provoca la nivelul sistemului nervos central compresii sau obstrucții. În cazurile în care interesarea creierului este importantă, apar mai ales diferite grade de confuzie mintală.

4. Boala lui Hodgkin

Boala lui Hodgkin afectează tot sistemul limfatic (ganglionar și extraganglionar). Infiltrațiile și compresiunile pot determina și aici fenomene neurologice și psihice. Așa subliniază faptul că în boala Hodgkin pot să apară hemoragii cerebrale sau subarahnoidiene, infiltrații ale hipofiziei, demielinizări. Din punct de vedere psihic se constată modificări psihopatoide

ale personalității, comportamentul modificându-se rapid, apărând o stare de iritabilitate sau chiar de agresivitate, tulburări de comportament foarte bizare. Nivelul atenției, memoria, inteligența pot să scadă (Aita). În cazuri grave pot apare și în acest caz stări confuzionale.

5. Mielomul

Mielomul este o afecțiune a măduvei osoase, localizarea proceselor patologice avînd loc în oasele craniene (mai ales la baza craniului). Snapper descrie în această boală stări confuzionale de aspect delirant, cu agitație și productivitate delirantă. Foarte frecvente sînt convulsiile.

6. Policitemia

Policitemia se caracterizează prin creșterea de tip neoplazic a numărului de hematii circulante și a hemoglobinei. Ca elemente fiziopatologice care privesc sistemul nervos notăm creșterea vîscozității sîngelui cu scăderea vitezei fluxului sanguin, inclusiv la nivel cerebral. După Beal și Grunberg pot apare în policitemie următoarele afecțiuni:

- Tromboze vasculare (arteriale sau venoase);
- Insuficiența arterială cerebrală;
- Sindromul tumoral cerebral;
- Hemoragii cerebrale.

Cristian descrie la un bolnav cu lung istoric cefalee, astenie, tulburări ale atenției și memoriei, depresie, impulsivitate, anxietate. Gruhle și colab. descriu faptul că în principal, din punct de vedere psihic, în policitemie se găsește un sindrom pseudoneurastenic (cefalee, iritabilitate, amețeli, somnolență). Scăderea intelectului este de asemenea frecvent întîlnită. Aita vorbește în cazul policitemiei de o stare de demențiere progresivă. Alteori fenomenele neuropsihice din policitemie pot stimula un sindrom tumoral cerebral (cefalee, astenie, vertigii, nervozitate, turgescența vaselor retiniene, edem papilar). Hutchinson și Miller descriu la acești bolnavi episoade

confuzionale de anxietate, afazie, demență progresivă, comă. În hipoxii cerebrale grave pot apare convulsii sau stări confuzionale. Kramer atrage atenția mai ales asupra tulburărilor de vedere (încețoșare, scotoame) din policitemie.

7. Sindroamele hemoragipare

Sîngerările din cadrul sindroamelor hemoragipare pot interesa și sistemul nervos. Sindroamele hemoragipare se pot împărți în purpure (datorită factorilor celulari) și coagulopatii (datorită factorilor plasmatici necelulari).

Dintre sindroamele hemoragipare cele care interesează mai mult sistemul nervos sînt: purpura trombopenică secundară leucocitelor acute, hemofilia, scorbutul.

În cadrul purpurei trombopenice, Moschowitz descrie apariția unor stări confuzionale. Numeroși autori (Goldenberg, Epștein, Cooper) subliniază faptul că manifestările psihice domină tabloul clinic al purpurei trombopenice, uneori aceste simptome precedînd manifestările somatice ale bolii. Simmers descrie la acești bolnavi o serie de manifestări bizare. Jones și Sim indică la bolnavi stări depresive, episoade confuzionale, apatie, slăbiciune generală, tulburări de memorie, cefalee, vertij. La necropsie s-a constatat atrofia difuză a creierului, mai ales în lobul frontal, numeroase hemoragii peteșiale pe suprafața creierului, microtromboze la nivelul capilarelor arteriale și venoase în majoritatea organelor, inclusiv în creier, ocluzii ale capilarelor, venelor și arteriolelor din sistemul nervos și meninge. În cadrul purpurei hemoglobinice a lui Waldenström, Miffred citează o stare hipomaniacală, socotită totuși de către autor ca fiind foarte rară.

8. Porfiriile

Porfiriile sînt boli care recunosc drept etiologie tulburările înnăscute sau dobîndite ale metabolismului porfirinelor. Ele derivă din porfirină, grupare prostetică a hemoglobinei,

depășind mai multe etape (formarea inelului monopirolitic, a cromatogenilor tetrapirolici-uroporfirina, apoi, prin decarboxilare și oxidare succesivă se produc coproporfirine și protoporfirina). Porfirinurile se datoresc absenței sau inactivității unor enzime care participă la acest metabolism.

Waldenström deosebește două afecțiuni distincte, cu deosebiri nete între ele: porfiria acută (cu transmisie dominantă, apariția de uroporfirine în urină, defectul congenital fiind la nivelul ficatului) și porfiria congenitală (transmisie recesivă, eliminare în urină a porfirinogenului, defectul congenital fiind la nivelul măduvei osoase). Există și porfirii secundare, determinate în special de medicamente (sulfamide, plumb, piramidon). Și în aceste cazuri factorul genetic a avut un rol important.

Marchand și Ajuraguerra arată că porfiria poate fi declanșată și de factori emoționali, dar în unele situații acest lucru nu este decât o coincidență.

În ceea ce privește cointeresarea sistemului nervos central se poate observa o demielinizare mai ales a nervilor periferici și a rădăcinilor medulare. Voiculescu și Ionescu consideră că leziunile sistemului nervos au originea pur vasculară, leziuni care sînt secundare leziunilor tisulare cu substrat biochimic. Schwartz și Moulton arată că pe lângă factorul ischemic vascular, acționează și un factor toxic metabolic. Organul cel mai afectat este ficatul (citoliză, degenerescență grasă).

Golberg consideră că în porfiriile acute intervin leziuni caracteristice (demielinizarea, care s-ar datora unui metabolit sintetizat în ficat). Demielinizarea ar putea explica atît fenomenele psihice, cît și cele digestive, cardiace etc.

Ionășescu descrie principalele teorii patogenetice din porfiria acută intermitentă, subliniind că ipoteza lui Goldberg nu explică integral modificările histologice din porfiria acută intermitentă. El subliniază două tipuri de leziuni:

1. Leziuni de tip metabolic, care explică demielinizarea;
2. Leziuni de tip vascular (edem cerebral, hemoragii peteșiale). Leziunile vasculare pot produce lezări neuronale de tip ischemic. Aceste leziuni vasculare și neuronale de tip ischemic pot explica crizele comițiale și tulburările psihice de aspect polimorf. Nu se consideră că porfirinele ar avea o toxicitate proprie, ele fiind doar semnul exterior ale unor perturbări ample ale metabolismului (Bernard). Bariety și Gajdes

incriminează la originea tulburărilor neuropsihice sinteza defectuoasă ATF, iar Goldber și Jarret constată că metaboliții pirolici sînt substanțe inactive farmacologic.

9. Porfirie acută intermitentă

Porfirie acută intermitentă apare de obicei la femei, între 20—50 de ani, cu episoade și remisiuni periodice. Waldenström (citată de Gruhle) este primul care pune în circulație termenul de psihoză porfirinică. S-au descris o serie de sindroame psihiatrice. Astfel, s-a descris un sindrom nevrotic, stări psihopatoide (timopatii, comportamente isterice, lamentații, tendință spre dependență medicamentoasă, compulsiuni spre a face multiple intervenții chirurgicale).

În porfirie acută există trei ordine de simptome: tulburări abdominale, mai ales dureroase, manifestări psihiatrice și emisiunea unor urini de culoare roșu-închisă (Delay și colab.).

Datorită simptomatologiei polimorfe se pot ridica adevărate probleme de diagnostic cu polinevrita sau cu o serie de entități psihiatrice: histeria, psihastenia, schizofrenia.

Duret-Cosyns descriind tulburările psihice prezentate de bolnavii cu porfirie acută, intermitentă, indică următoarele tipuri de manifestare:

- Manifestări nevrotice sau cu instabilitate emoțională;
- Manifestări ipohondrice (în special au tendința de a solicita numeroase intervenții chirurgicale);
- Cu manifestări histrionice;
- Cu manifestări delirante;
- Cu manifestări schizoide;
- Cu sindroame sau psihoze de diferite intensități.

Simptomatologia de tip nevrotic este cea mai bogată în cadrul porfiriei acute intermitente. Apar simptome ca cefaleea, astenia, anxietatea, insomnia, hiperestezia. Simptomele se pot declanșa sau agrava după emoții sau alți factori care debilitază organismul, complicînd și mai mult diagnosticul diferențial. Delay și colab. arată că se pot constata două feluri de tulburări de tip nevrotic sau chiar psihopat (mai ales hiperestezia dureroasă cutanată și auditivă) și în al doilea rînd tulburări psihosomatice, caracterizate prin crize cardiace,

respiratorii etc. Periodicitatea hivernală este caracteristică. S-au notat de asemenea la acești bolnavi accese confuzoonirice, alteori manifestări de inadaptabilitate socială sau sexuală, uneori cu caracter isteric. Pe fondul confuzional pot apare uneori trăiri onirice, halucinații vizuale și auditive, idei delirante. Marchand și Ajuriaguerra (citați de Delay) atrag atenția asupra tulburărilor de dispoziție și a afectivității. Se notează frecvent apariția depresiei, chiar cu idei de sinucidere, agresivitate, iritabilitate, ură, crize de plîns. Uneori poate apare o adevărată stupoare melancolică, alteori s-au descris psihoze de tip Korsakov.

Gruhle și colab. menționează și ei în cadrul porfiriei apariția unei expansiuni psihotice delirante, confuzionale, psihoze schizofreniforme sau depresive. Unii autori vorbesc despre existența unor „personalități porfirinice“, fiind vorba de bolnavi revendicativi, solicitînd la maximum atenția celor din jur, uneori fiind polioperați. Pot prezenta de asemenea tulburări emoționale, reacții isterice, cu manifestări teatrale sau grotești. Eilemberg consideră că acești bolnavi prezintă o personalitate cu tulburări emoționale și episoade isterice. Deși tulburările psihice sînt foarte atipice, ele au marele avantaj de a fi foarte precoce, cu mult înaintea semnelor urinare. Uneori apariția tulburărilor psihice din porfirie se declanșează în condițiile unor stresuri emoționale prelungite.

Peret și colab. atrag atenția asupra crizelor epileptice din cadrul porfiriilor. Ei arată că la acești bolnavi pot apare crize convulsive generalizate sau localizate (de obicei temporale). Autorii evidențiază în acest caz, prognosticul vital.

În ceea ce privește evoluția tulburărilor psihice din porfirie acută, ele se manifestă polimorf, cu evoluție foarte variabilă, inclusiv cu remisiuni totale.

respiratorii etc. Periodicitatea hivernală este caracteristică. S-au notat de asemenea la acești bolnavi accese confuzionale, alteori manifestări de inadaptabilitate socială sau sexuală, uneori cu caracter isteric. Pe fondul confuzional pot apare uneori trăiri onirice, halucinații vizuale și auditive, idei delirante. Marchand și Ajuriaguerra (citați de Delay) atrag atenția asupra tulburărilor de dispoziție și a afectivității. Se notează frecvent apariția depresiei, chiar cu idei de sinucidere, agresivitate, iritabilitate, ură, crize de plîns. Uneori poate apare o adevărată stupoare melancolică, alteori s-au descris psihoze de tip Korsakov.

Gruhle și colab. menționează și ei în cadrul porfiriei apariția unei expansiuni psihotice delirante, confuzionale, psihoze schizofreniforme sau depresive. Unii autori vorbesc despre existența unor „personalități porfirinice”, fiind vorba de bolnavi revendicativi, solicitînd la maximum atenția celor din jur, uneori fiind polioperați. Pot prezenta de asemenea tulburări emoționale, reacții isterice, cu manifestări teatrale sau grotești. Eilemberg consideră că acești bolnavi prezintă o personalitate cu tulburări emoționale și episoade isterice. Deși tulburările psihice sînt foarte atipice, ele au marele avantaj de a fi foarte precoce, cu mult înaintea semnelor urinare. Uneori apariția tulburărilor psihice din porfirie se declanșează în condițiile unor stresuri emoționale prelungite.

Peret și colab. atrag atenția asupra crizelor epileptice din cadrul porfiriilor. Ei arată că la acești bolnavi pot apare crize convulsive generalizate sau localizate (de obicei temporale). Autorii evidențiază în acest caz, prognosticul vital.

În ceea ce privește evoluția tulburărilor psihice din porfirie acută, ele se manifestă polimorf, cu evoluție foarte variabilă, inclusiv cu remisiuni totale.

11 Psihosomatica glandelor endocrine

Ideea unei influențe humorale a vieții psihice o găsim încă din epoca hipocratică, dar sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX a constituit o epocă în care s-au acumulat numeroase fapte și date în acest domeniu. De secole, spune Harris, se consideră că relația dintre psihic și funcțiile somatice se exercita fie direct, fie prin intermediul glandelor endocrine. Acțiunea sistemului nervos este exercitată asupra glandelor endocrine, care și ele, la rândul lor, prin intermediul hormonilor influențează psihicul și comportamentul uman. Parry în 1825 (citată de Harris) menționa că șocul emotiv poate condiționa o gușă exoftalmică. Totuși, astăzi corelația dintre psihic și sistemul endocrin este privită mult mai complex, și acest lucru a dus la apariția unei noi ramuri medicale — endocrinopsihiatria. Bleuler a introdus noțiunea de psihosindrom endocrin, subliniind prin aceasta legătura care există între sistemul endocrin și reactivitatea psihică a individului. S-a pus astfel întrebarea în ce măsură glandele endocrine influențează viața psihică a individului, personalitatea sa. La om se știe că constituția endocrină influențează personalitatea, reactivitatea individului, diferite funcții psihice, ca: percepția, capacitatea de învățare și, mai ales, afectivitatea și motivația.

Este un fapt bine cunoscut astăzi că printre primele lucrări privind endocrinopsihiatria se numără acelea ale lui C. I. Parhon, cercetător de renume mondial în domeniul endocrinologiei și considerat întemeietorul endocrinologiei moderne (autorul primului tratat de endocrinologie din lume). Milcu arată că deși Bleuler neagă orice specificitate tulburărilor psihice din cadrul bolilor endocrine, totuși școala românească, ca

urmare a tradiției, în special tradiția legată de numele lui Parhon, are o poziție oarecum diferită. Parhon arăta, de exemplu, că în psihoza maniacodepresivă, tulburările psihice s-ar datora disfuncției tiroidiene, pentru ca ulterior să ajungă la concluzia că funcțiile psihice sînt influențate și reglate în mare parte de activitatea glandei tiroide. Și alți autori susțin ideea specificității. Astfel, autorii englezi vorbesc de o psihoză mixedematoasă, în timp ce școala franceză susține că relațiile dintre hipertiroidie și tulburările psihice trebuie studiate în contextul medicinei psihosomatice. Parhon, într-o expunere la Congresul de endocrinologie de la Gand, 1923 (Belgia), face o sinteză asupra raportului dintre glandele cu secreție internă, psihologie și patologia mintală. A. Marie și C. I. Parhon, studiind histologia glandelor endocrine la bolnavii psihici, arată că alterările lor pot să preceadă apariția psihozelor, creînd astfel un teren favorabil pentru apariția ei. Acest lucru poate demonstra fie o cauză comună, fie că maladia psihică poate influența în mod secundar asupra morfologiei glandelor endocrine. În acest sens trebuie amintit că însuși Freud considera hormonii ca alcătuind principala bază materială pentru energia pulsională, în timp ce alți autori (Dunbar, Selye) consideră că nu există stări emotive sau afective fără participarea glandelor endocrine. Parhon și Goldstein arată pentru prima oară importanța glandelor endocrine în formarea personalității umane, dar și a structurii lui fizice și a comportamentului. În acest sens autorii au făcut numeroase experiențe (mai ales pe animale) urmărind influența diferitelor glande asupra unor afecte, a stării de liniște sau agitație, a comportamentului instinctual. După Racamier nu există hormon care prin intermediul efectelor sale metabolice sau tisulare sau prin acțiunea directă asupra diferitelor structuri nervoase să nu afecteze pulsunile, starea afectelor sau comportamentul la om sau animal. Întrucît în acest domeniu s-a acumulat o bogată literatură, vom prezenta principalele manifestări psihosomatice în funcție de fiecare glandă luată în parte.

1. Bolile hipofizei

Gr. Popa (citată de Harris) a remarcat că lobul anterior al hipofizei este unit la nivelul tijei pituitare cu hipotalamusul (la nivelul eminentei mediane) printr-un sistem port în mi-

niatură. Împreună cu Fielding el a descris sistemul port hipotalamopituitar. În acest fel hipotalamusul are capacitatea unei influențe directe asupra lobului anterior al hipofizei printr-un mecanism neurohumoral (fibrelle nervoase hipotalamice se termină în sistemul port și eliberează agenți humorali în capilare, care apoi sînt transportate spre glandă reglîndu-i activitatea). Microscopul electronic a demonstrat o legătură strînsă între terminațiile nervoase și capilare, precum și faptul că aceste terminații conțin numeroase incluziuni neurosecretorii, în timp ce endoteliul capilar prezintă „ferestre” caracteristice pentru vasele care sînt teatrul unui proces de secreție activă.

În gigantism Meng descrie fenomene de labilitate emoțională și iritabilitate. Milcu arată că forța și vigoarea din perioada inițială a gigantismului fac cu timpul loc lentorii și apatiei. Tot el arată că uneori giganții pot face crize de furie și de violență. C. I. Parhon și Stocker într-un caz de acromegalie-gigantism descrie o psihoză maniacală, iar Parhon și Constantinescu descriu de asemenea un caz de gigantism la care apare o excitație maniacală. Parhon mai observă la persoanele cu constituție hiperhipofizară o energie și o voință superioară mediei, precum și o dispoziție mai bună. Parhon și colab. descriu stări maniacale sau depresive la bolnavii cu acromegalie, gigantism sau distrofie adiposogenitală, notînd și constituția hiperhipofizară la deliranții cronici.

Bleuler deși consideră că acromegalia prin ea însuși nu duce la psihoză, totuși, după acest autor, ea este regulat acompaniată de modificări ale personalității (lipsă de inițiativă și spontaneitate, schimbări ale dispoziției). Tot Bleuer vorbește la acești bolnavi de o stare emoțională bizară. Blickensterfer (citât de Constanța Ștefănescu-Parhon) pe 51 de bolnavi cu acromegalie constată o stare de violență și agresivitate accentuată, iar Zublin la un asemenea bolnav aflat la pubertate citează apariția unei agitații cu excitabilitate crescută sexuală. Și Meng observă la acromegali și giganți excitabilitate sau, din contra, apatie. Ioanițiu și Ionescu indică la 50% din lotul studiat de acromegali prezența unei importante stări depresive, dar și a altor modificări afectivovolitive. Și Parhon vorbește de marea agresivitate a bolnavilor cu acromegalie, accentuînd mai ales asupra tulburărilor de ordin impulsiv asupra vieții sexuale (a descris la acești bolnavi fenomene de inversiune sexuală sau intersexualitate). Ioanițiu și Ionescu au mai descris la bolnavii cu acromegalie și forme astenice, obsesionale și chiar confuzionale. Abély arată că în acromegalie se găsește în faza

inițială o stare de bună dispoziție, urmată apoi de stare depresivă, iar Bleuler, așa cum am mai arătat, vorbește de sentimentul înstrăinării trăirilor emotive, de impresia că sentimentele sînt impuse. Aita descrie pe acromegali cu modificări ale personalității, cu oscilații ale dispoziției, neliniște, depresie, impulsuni insuportabile, lentoarea gîndirii, apatie, indiferență, superficialitate. Anorexia poate alterna cu voracitatea, iar unii bolnavi manifestă periodic impulsuni la vagabondaj. Kolb consideră că în acromegalie nu există o scădere a intelectului, cu excepția apatiei și bradipsihiei. Pacienții devin egocentrice, manifestă nerăbdare, iritabilitate și hipersensibilitate în timpul contactului social.

În *nanismul hipofizar* comportamentul emoțional este adesea copilăros, deși inteligența este normală (Milcu). S-a descris uneori încetinirea gîndirii, torpiditate, depresie, caracter infantil. Pende s-a oprit asupra agitațiilor maniacale, în timp ce Bleuler a observat o serie de bolnavi cu stări confuzionale, halucinații, idei delirante. Parhon și Cahana notează în hipopituitarism uneori stări schizofreniforme, iar Parhon găsește în epilepsie uneori alterări ale glandei hipofizare. O serie de femei cu hipopituitarism pot fi confundate cu persoane nevrotice sau cu psihoze de menopauză (Aita).

În cazurile cu leziuni intracraniene și în nanismul hipofizar pot apare fenomene de întîrziere mintală. Personal am studiat un caz cu nanism hipofizar și care prezenta stări maniacale și depresive, apropiindu-se, astfel, de evoluția unei psihoze maniacodepresive. Accesele însă erau mai scurte și răspundeau rapid la tratament. O importantă parte a delirului megaloman era centrat pe fenomene sexuale, precum și pe compensarea sentimentelor de inferioritate (genialitate, inteligență etc.).

În *insuficiența hipofizară* (boala lui Simonds) bradipsihia, lentoarea, starea depresiv-anxioasă cu tendințe melancolice, puerilismul emotiv sînt simptome caracteristice acestei boli. Pende descrie în cadrul acestei boli stări de agitație maniacală, iar Bleuler sindroame confuzionale, halucinații, idei delirante etc.

Insuficiența hipofizară a fost constatată în cadrul schizofreniei de către Cahana, în timp ce Urechia socotea că în psihoza maniacodepresivă hipofiza nu are nici un rol. Parhon notează leziuni ale hipofizei în cadrul schizofreniei, în timp ce Milcu la aceiași bolnavi constată scăderea gonadotropilor hipofizari. Milcu arată că tulburările grave psihice se pot

constata chiar în afara formelor cașectice. Pacienții sînt foarte sensibili la stresurile psihice, ajungînd, astfel, foarte ușor la crize funcționale.

În *diabetul insipid* s-au descris stări de iritabilitate și anxietate. Pe lîngă alte simptome Milcu descrie și o simptomatologie maniacodepresivă. Tot el constată la un grup de cazuri apariția bolii după șocuri emoționale sau tensiunea nervoasă.

2. Bolile epifizei

Parhon publică un caz de criptorhidie cu manifestări psihice de aspect schizofreniform. Tot Parhon a tratat bolnavi psihici cu extract epifizar, obținînd mai ales în schizofrenie rezultate încurajatoare. Tot extractul epifizar a mai fost utilizat de Parhon în psihoza maniacodepresivă, mai ales în formele asociate cu hiperexcitabilitate sexuală. Dealtfel și astăzi extractul epifizar (epifizan) se utilizează în stări de hiperexcitabilitate sexuală, de diferite etiologii.

3. Bolile tiroidei

Tiroida este una dintre glandele cele mai des incriminate în reglarea funcțiilor psihice și cel mai des incriminată în studiile psihosomate. Se știe că ablația glandei tiroide determină importante tulburări psihice. După Racamier hormonul tiroidian stimulează activitatea și creativitatea. Douglas arată că hormonul tiroidian influențează formarea reflexelor condiționate. Injectarea hormonilor tiroidieni scade răspunsul reflex-condiționat, apare agitația, anxietatea, instabilitatea emotivă, apar tremurăturile.

Hormonii tiroidieni au o serie de acțiuni importante în metabolismul general al organismului. Astfel, tiroxina stimulează metabolismul celular (acelerează schimburile ionice, intervine în metabolismul glucidic). Coirault arată că sistemul

hipotalamohipofizotiroidian poate declanșa o criză de decompensare corticoviscerală, cu focalizarea preferențială pe glanda tiroidă.

În ceea ce privește legăturile dintre bolile psihice și tiroidă, Obreja a fost primul autor care a remarcat alterațiile tiroidei în paralizia generală progresivă (citată de Parhon). Parhon și elevii săi au publicat numeroase lucrări privind influența glandei tiroide (mai ales a hiperfuncției) în cadrul psihozelor afective. S-au descris numeroase leziuni caracteristice ale tiroidei în psihoza maniacodepresivă, încât Parhon și Marbé emit ipoteza naturii tiroidiene a acestei boli. Parhon a obținut rezultate bune prin tiroidectomie în manie, lucru confirmat și de Constanța Ștefănescu-Parhon și Vrejan nu numai în manie, dar și în melancolie. Constanța Ștefănescu-Parhon mai remarcă faptul că hipertiroidia poate avea uneori un conținut maniacal sau poate da un aspect maniacal unor boli ca paranoia sau alte deliruri. S-a constatat, de asemenea, că iodemia este mai scăzută în melancolie și mai mare în manie, dar nu există diferențe între melancoliile reactive și cele endogene.

În *hipertiroidie* Graves și Basedow au menționat la acești bolnavi numeroase tulburări de comportament. Bolnavii basedowieni atrag atenția prin marea lor sensibilitate la șocuri emotive, putând ajunge ușor la stări de irascibilitate, lipotimii. Ei intră foarte ușor în stări coleroase, care creează mari greutate în relațiile lor cu anturajul. Foarte frecvent pacienții prezintă o stare de anxietate, cu sentimentul de insecuritate. Anxietatea este difuză și fără o cauză bine precizată. Un fapt caracteristic este acela că bolnavul este conștient de caracterul morbid al tulburărilor psihice, de dezechilibrul său emoțional. În acest fel se poate face deosebirea de stările hipomaniacale, în care conștiința asupra bolii nu există.

O altă caracteristică a bolnavului cu hipertiroidie este marea lui fatigabilitate. Mai ales în cadrul hipertiroidiei Parhon remarcă o stare de emotivitate și labilitate afectivă, precum și o accelerare a proceselor psihice.

Accentuând asupra faptului că între procesele emoționale și metabolice ar exista o strânsă legătură, Kolb subliniază că încă înainte de apariția bolii la viitorii basedowieni se poate vorbi de un tip special de personalitate. Aceste personalități s-ar caracteriza prin impresionabilitate, cu sentimentul de insecuritate crescut, hiperemotivitate, excitabilitate, tendința de a merge și a mânca rapid, anxietate, iritabilitate. Pacienții hipertiroidieni au un nivel crescut de anxietate și iritabilitate

și sînt frecvent coleroși. Milne subliniază greutatea relațiilor dintre pacienții hipertiroidieni și medicul lor, precum și atașamentul anormal față de mamă a acestor bolnavi. Se vorbește adesea la acești bolnavi de o constituție premorbidă hiperemotivă.

În criza basedowiană acută apare adesea o stare confuzională, în timp ce în formele medii apar accese de agitație cu anxietate, uneori starea bolnavilor putînd mima o adevărată formă gravă de psihoză maniacodepresivă. Stări maniacale sau depresive la hipertiroidieni au mai fost descrise de numeroși alți autori (Laignel-Lavastine, Escalier, Gallot, Delay, Neveu, Singe etc.). Există și autori care neagă asocierea dintre boala lui Basedow și manie. Nobel, de exemplu, arată că intoxicația cu hormon tiroidian duce la stări confuzionale, onirism, dar nu remarcă niciodată mania. Parhon și Golstein au arătat că hipertiroidia poate favoriza de asemenea apariția sindromului obsesivofobic și tot ei au emis ipoteza că tiroida ar avea un anumit rol în etiologia delirurilor cronice. Aspecte schizoide, halucinatorii și paranoide în hipertiroidă au fost descrise și de Milcu, stări care au dispărut după tiroidectomie. Și Constanța Ștefănescu-Parhon a raportat bune rezultate după tiroidectomie la cîțiva bolnavi schizofrenici. Împreună cu Pitiș, Milcu constată la schizofreni o mare toleranță la hormonul tiroidian, lucru remarcat și de alți autori.

În etiologia hipertiroidiei numeroși autori consideră emoția și mecanismul psihosomatic ca fiind hotărîtor în determinarea bolii. Adam, Mackenzie (citați de Milcu) arată că după perioada emoțională ar avea loc secreția unui hormon „tireostimulator“, pe care l-ar fi pus în evidență în sînge. Acest hormon ar avea și un mare rol în declanșarea fazei maniacale a psihozei maniacodepresive, în timp ce alți autori subliniază rolul tiroxinei în maturarea și funcționarea sistemelor enzimatice cerebrale (Aita). La animalele de experiență s-a constatat după stresul afectiv inhibarea funcției tiroidiene. Clinicienii au vorbit adesea și de existența unui sindrom basedowian reactiv apărut după mari șocuri emotive. Gibson amintește de legătura dintre stresul afectiv și tireotoxicoză (conflicte, stări de tensiune), în timp ce alți autori subliniază mai ales importanța traumelor afective suferite în prima copilărie (cînd copilul participă precoce la conflictele părinților).

În *hipotiroidie* și *mixedem* s-a notat în special o scădere a ritmului de gîndire și tendința spre o dispoziție depresivă. Parhon, Milcu, Copelman au descris bolnavi hipotiroidieni cu

sindroame depresive. Milcu arată că la copiii hipotiroidieni se remarcă, mai ales, frica, emotivitatea, iritabilitatea. La adulți tulburările pot să crească treptat în intensitate, ducând pînă la apariția unor adevărate psihoze. Tot Milcu vorbește de fenomenul pe care îl denumeste „îmbătrînirea hipotiroidiană”. Cu toate acestea și la hipotiroidieni s-au descris stări maniacale dar și melancolii uneori cu caracter delirant. E. Semen descrie la hipotiroidieni stări psihastenice, iar Benda (citată de Douglas) arată că ar exista o relație strînsă între hipotiroidie și mongolism (unde s-au constatat leziuni tiroidiene). Terapia tiroidiană ar avea efect pozitiv în mongolism. Kolb atrage atenția asupra faptului că o insuficiență tiroidiană medie poate fi lesne înțîlnită la persoanele de vîrstă medie, determinînd o serie de simptome ca: oboseala, dureri diverse sau cefalee, iar uneori prezintă în mod pregnant o atitudine pesimistă.

În *hipertiroidiile operate (tiroidectomii)* s-au descris, mai ales în perioada tardivă, o serie de tulburări psihice. Se pare chiar că tiroidectomia rezolvă problemele legate de tirotoxicoză, în timp ce pentru tulburările psihice ea este mai puțin eficientă. Howard indică după tiroidectomie stări de excitabilitate crescută și depresie, în timp ce Constanța Ștefănescu-Parhon atrage atenția că dacă prin tiroidectomie dispar multe simptome, modificările caracteriale nu numai că nu dispar, dar ele chiar se accentuează. Constanța Ștefănescu-Parhon, Tomorug, Tănăsescu au descris la tiroidectomizați următoarele tulburări psihice mai importante: astenie, depresie, anxietate, stări schizoide sau confuzionale, stări delirante. Marchand și Ajraguerra (citați de Coirault) au notat după tiroidectomie autentice deliruri acute, deliruri tremens sau psihoze Korsakov. Foarte frecvent la tiroidectomizați apar stările astenice (Constanța Ștefănescu-Parhon).

4. Bolile glandelor paratiroide

Importanța metabolismului calciului asupra sistemului nervos este bine cunoscută în clinică, sărurile de calciu fiind adesea utilizate pentru sedarea unor stări de hiperexcitabilitate. Există numeroase cauze care pot influența nivelul calciului din organism, mai ales a celui ionic. Dintre aceste cauze notăm:

— Absorbția intestinală care depinde de tulburările funcționale ale tubului digestiv.

— Rolul vitaminei D, care facilitează absorbția calciului și favorizează eliminarea fosforului.

— O serie de glande endocrine, și mai ales paratiroidele.

Și alți hormoni mai pot interveni în metabolismul calciului (estrogenii, de exemplu, diminuează ionizarea calciului, testosteronul favorizează resorbția tubulară, tiroxina duce la pierderi de calciu). Lipsa calciului interesează după Goodman și Gilman diferite porțiuni ale nevraxului ca și sinapsa neuromusculară. Ionii de calciu intervin, așa cum subliniază autorii de mai sus, în toate tipurile de transmisie sinaptică, celulele ganglionilor vegetativi fiind în mod deosebit stimulate de ionii de calciu, astfel că celulele se descarcă mai repede prin acetilcolină. O serie de lucrări (Brauer) arată importanța calciului în acțiunea sa antispastică față de musculatura netedă.

În cadrul bolilor legate de paratiroidie, cele mai frecvente tulburări psihice apar în *hipoparatiroidie*. Astfel apar numeroase tulburări afective sau tulburări neurologice (parestezii, crampe, depresie, tulburări ale reflexelor, labilitate emotivă). Popeea, Demetrescu, Green, Swanon, Gotta și Odoriz descriu în hipoparatiroidie episoade maniacale, în timp ce Milcu vorbește despre atacuri epileptice care cedează la extracte paratiroidiene. Tot Milcu descrie în această boală crize specifice, cu caracter anxios depresiv, uneori sub forma atacurilor de panică sau teroare, iar în cazurile foarte grave chiar melancolii delirante. Și Parhon semnalase deja sindroame depresiv anxioase în tetania cronică, iar, pe de altă parte, s-au mai descris în această boală crize ciclice care cedează la opoterapie. Decourt atrage atenția în hipoparatiroidie asupra atacurilor nocturne de anxietate.

La cîinii paratiroidectomizați, C. I. Parhon a constatat stări catatonice asemănătoare cu cele de la om. În acest sens Cahana arată că între catatonie și hipoparatiroidie ar exista uneori o legătură. Parhon, Popeea și alții au descris în cadrul tetaniei stări de confuzie mintală, crize epileptice sau manifestări psihastenice. Constanța Ștefănescu-Parhon atrage atenția că numeroase stări nevrotice apar pe un teren hipoparatiroidian (încurajînd în special la acești bolnavi nevrotici apariția halucinațiilor hipnagogice). După Aita tulburările psihice din hipoparatiroidie au, de obicei, aspectul organic al delirului toxic sau al demenței. Convulsiile pot fi de grand mal, focale,

temporale sau de tip minor, constituind adevărate probleme de diagnostic. La EEG pot apare anomalii de tip epileptic, care își revin lent după calciu. Tot Aita enumeră printre simptomele obișnuite ale hipoparatiroidiei anxietatea și uneori crizele tetaniforme.

Studiind un lot de 50 de bolnavi psihici cu hipocalcemie ionică (psihopați, stări psihopatoide, nevroze, psihoze periodice, schizofrenii), am remarcat la acești bolnavi, indiferent de boala de fond, în 50% din cazuri apariția unor sindroame depresiv-anxioase și anxios-interpretativ, manifestări psihastenice. Manifestările neurovegetative erau, de asemenea, foarte importante, iar în unele cazuri pacienții prezentau manifestări psihosomatice (vărsături, dischinezii biliare, pusee de colită sau ulceroase). În unele boli hipocalcemia s-a dovedit foarte frecventă (50% în psihopatii, 34% în nevroze).

În *hiperparatiroidie* Boyd vorbește de o inerție mintală. Dealtfel în hipercalcemiile de orice natură s-au descris stări de astenie, somnolență, stupoare. Franok descrie în câteva cazuri melancolie cu delir de autoacuzare în cazurile cu evoluție mai îndelungată. Kolb subliniază că în hiperparatiroidie poate apare un sindrom cerebral acut (delirium) sau modificări ale comportamentului exprimate prin manifestări depresive sau paranoide. Aita enumeră printre simptomele obișnuite ale hiperparatiroidiei astenie, somnolență, hipotonie musculară, dureri difuze musculare și osoase, tulburări gastrointestinale, în timp ce cefaleea, convulsiile și tulburările psihice apar mai rar. Autorul nu exclude apariția unor stări depresive, astenie, stări confuzionale, delirul sau starea dementială.

5. Bolile timusului

Legătura dintre bolile timusului și tulburările psihice sînt mai puțin cunoscute. În hiperfuncție Pende a descris apariția unei personalități puerile, o serie de inversiuni sexuale, deficit de atenție sau a capacității de critică.

În hipofuncție s-a vorbit de o stare de astenie cu repulsie pentru efort. Pende găsește o serie de aplazii timice la oligofreni.

6. Bolile glandelor suprarenale

Dintre bolile cele mai importante ale medularei suprarenale *feocromocitomul* este cel mai important. Pentru feocromocitom sînt caracteristice crizele de anxietate. Daust și Dorest (citați de Aita) subliniază caracterul deosebit de intens al anxietății, precum și asemănarea dintre această anxietate și cea determinată de injecția de adrenalină. De Graeff, Green descriu tabloul clinic al feocromocitomului caracterizat prin cefalee, hipertensiune arterială paroxistică, dar și permanentă, nervozitate, vertij, grețuri, dispnee, anxietate. În caz de evoluție nefavorabilă, hipertensiunea poate duce la fenomene de encefalopatie, uneori cu apariția hemoragiilor cerebrale. În cazuri cu evoluție gravă, Constanța Ștefănescu-Parhon vorbește de o evoluție rapidă spre confuzie mintală. Milcu arată că în prima fază criza poate fi însoțită de anxietate, dispnee, tahicardie, paloarea feței, midriază, după care în perioada de stare apar dureri cu localizări multiple (cefalee, dureri lombare, pareze, amețeli, vărsături, lipotimii, febră, iar la copii convulsii). După criză se semnalează o stare de astenie marcată, transpirații, micțiuni imperioase.

În *boala lui Addison*, Laignel-Lavastine descrie forme psihiatrice pure. Meng, Gosset enumeră printre simptomele psihice ca cele mai frecvente instabilitatea, iritabilitatea, egoismul, perioade de anxietate și euforie. Clerhorn, pe 25 de cazuri cu boala lui Addison, găsește în 12 cazuri stări depresive, lucru confirmat și de Milcu, care atrage atenția asupra componentei reactive a acestor depresii (față de starea lor somatică extrem de precară). Aceste stări depresive reactive sînt întrerupte de stări euforice în funcție de ameliorările somatice. Aita arată că la 60% dintre bolnavi poate apare o astenie marcată, bolnavii devenind mai închiși, apatici, inexpressivi. Uneori poate apare o coloratură depresivă sau paranoică. Iriritabilitatea marcată și nemotivată este descrisă ca o trăsătură particulară. Bolnavii pot ajunge la o izolare marcată, negativism, pot apare idei delirante, halucinații, agitație. Milcu atrage atenția că mulți addisonieni sînt tratați timp îndelungat ca suferinzi de nevroză, enterocolită, debilitate fizică. Astenia este considerată de Milcu ca fiind prezentă în toate cazurile și este însoțită de adinamie, fatigabilitate, hipotensiune arterială

(Milcu denumește aceasta *psihosindromul addisonian*). Intelectual apare o scădere a ideatiei, cu scăderea sferei preocupărilor, ajungând la dezorientare și confuzie.

Criza addisoniană acută se caracterizează prin astenie marcată, stare de șoc, cefalee, dureri abdominale, greață, vărsături, confuzie și delir (Aita). Modificările EEG par să fie legate de starea de deshidratare (apar trasee cu voltaj scăzut, uneori descărcări de unde lente).

În *hipercorticismul* descris de Milcu în cadrul așa-zisului sindrom suprarenalometabolic, Trethowan și Cobb arată că tulburările psihice apar în aproximativ jumătate din cazuri. Cushing, Bland și alții arată că depresia este cel mai important simptom, fiind urmat apoi de anxietate (euforie, agitație, iritabilitate). Euforia ar fi totuși foarte rară, ca, dealtfel, și agitația, stările coleroase. Tompson și Eisenhardt (citați de Milcu) descriu la bolnavi tentative de sinucidere, Starr estimând frecvența suicidului la 11%.

Schleizinger și Horwitz stabilesc un paralelism între sindromul Cushing și melancolia de involuție.

S-au mai descris, de asemenea, în această boală stări confuzionale, deficiențe de activitate, uneori reacții schizoide (Starr). Tot după Starr, 25% din bolnavii cushingoizi pot deveni psihotici. Milcu arată că simptomele psihiatrice din sindromul Cushing pot fi deosebite de cele apărute în alte boli endocrine, datorită faptului că aici se întâlnește o predominare a stării depresive, labilitate emoțională, anxietate, scăderea performanțelor intelectuale, tulburări de atenție și de memorie. La copii, pe acest fond poate apare întârzierea mintală.

În *sindromul adiposogenital* s-au notat frecvent prezența unor tendințe homosexuale sau a unor idei de vinovăție datorită masturbației. Deformarea fizică, subliniază Kolb, ar duce la o marcată anxietate. Astfel, femeile ar fi preocupate în mod special de masculinizarea lor fizică și se îndoiesc de rolul lor sexual, devenind astfel depresive, retrase social.

O serie de cercetări (mai ales datorate școlii românești de endocrinologie) au urmărit starea glandelor suprarenale în cadrul unor boli psihice. La bolnavii cu paralizie generală progresivă, Parhon a pus în evidență o greutate totală mai mare a glandelor suprarenale, în timp ce oligofrenii au o greutate mai mică a acestor glande. În psihozele pelagroase același autor a observat, de asemenea, leziuni în contextul suprarenal. Popeea și Eustațiu au găsit o scădere a lipidelor suprarenale în cazul când bolnavul a murit în status epileptic, susținând că

aceasta s-ar putea explica prin substanțe toxice care se produc în timpul contracțiilor musculare. Derevici constată adenoame corticosuprarenale în epilepsie, iar Constanța Ștefănescu-Parhon a găsit modificări ale excreției 17 cetosteroizilor în neurastenii.

O problemă deosebită a fost ridicată de tulburările psihice survenite după tratamentul cu cortizon și ACTH. Hench (citată de Aita) publică pentru prima oară lucrări în legătură cu această problemă. Astfel, spune autorul, în perioada inițială a corticoterapiei poate apărea o stare de euforie, logoree, sociabilitate crescută. Într-un stadiu ulterior apare o stare de tensiune nervoasă, cu trecere la o stare hipomaniacală cu logoree, bizarerii. Luras descrie bufee delirante și reacții maniaco-depresive, în timp ce alți autori descriu în faza, tardivă stări depresive, melancolie cu idei de suicid (Pearson și alții). C. Constantinescu și colab. descrie la copiii tratați cu cortizon tulburări psihice, ca: depresiune, irascibilitate, delir halucinator, idei de autoacuzare. Toate aceste fenomene au dispărut după întreruperea tratamentului.

Importanța reactivității glandei suprarenale la factorii stresanți este o constatare foarte veche (Canon, Selye etc.). Factorii excitanți duc la stimularea secreției suprarenale. Anxietatea, tensiunea nervoasă, diferitele profesii, pot determina variații ale secreției hormonilor glandelor suprarenale.

S-a vorbit de hirsutismul femeilor care au fost supuse timp îndelungat la stres. Așa cum am văzut anterior, sistemul neurohipofizosuprarenal constituie baza sindromului de adaptare Selye, acest sistem participând la toate procesele vieții cotidiene. Aceasta constituie baza în explicarea numeroaselor boli numite „de adaptare“, printre care și nevrozele, bolile psihosomatice și chiar unele boli psihice.

7. Bolile pancreasului endocrin

Influența pe care insulina o are asupra metabolismului face ca în dereglările secreției ei să apară numeroase manifestări psihopatologice.

Hiperinsulinismul

Hiperinsulinismul se datorește unei secreții excesive a celulelor beta-insulare din pancreas. Această hiperactivitate se poate datora fie unei hiperplazii difuze, fie unor adenoame beta-insulare de natură variată. Hipoglicemia mai poate apare, de asemenea, în urma inaniției, a unor pierderi excesive hipermetabolice, după alte tulburări endocrine, tulburări hepatice etc. Nu totdeauna excesul de insulină este ușor de pus în evidență și de precizat mecanismele etiologice (pot fi incriminați și factori centrali sau hipofizari). Aita aseamănă simptomele hipoglicemiei cu stadiile anesteziei, începînd cu manifestările subiectivafective și vegetative (în faza de debut sau în cazuri ușoare), apoi intensificîndu-se treptat, pînă la apariția unor manifestări grave. Boudin deosebește în cadrul hiperinsulinismului accidente paroxistice (psihice și neurologice) și evoluții cronice (psihice și neurologice).

În ceea ce privește reacțiile paroxistice, Williams descrie următoarele stadii în hipoglicemie:

1. Stadiul inițial (de reacție adrenalinică la hipoglicemie) caracterizat prin transpirații, tahicardie, anxietate, tremurături.

2. Stadiul interesării scoarței cerebrale caracterizat prin somnolență, tulburări de vedere, cefalee, uneori stări confuzionale.

3. Stadiul cointeresării subcorticalodiencefalice caracterizat prin agitație, spasme, midriază, mișcări primitive (sugere), pierderea conștiinței.

4. Stadiul cointeresării mezencefalice cu spasme tonice, Babinski.

5. Faza diminuării funcționale premieliencefalice, cu rigiditate prin decerebrare, spasme în extensie.

6. Stadiul cointeresării bulbare caracterizată prin stare comatoasă, mioză, abolirea reflexului fotomotor, pierderea reflexelor bulbare.

Caracteristica tuturor tulburărilor din cadrul hipoglicemiei este marea lor reversibilitate. Beloiu împarte criza hipoglicemică într-o fază conștientă și una inconștientă sau comatoasă. Este interesant de subliniat că tulburările psihice paroxistice se desfășoară de obicei pe un fond de obnubilare a conștiinței, uneori apărînd o activitate onirică. Deseori datorită tulburărilor psihice predominante bolnavii se pot interna de la început în clinici de psihiatrie punînd astfel serioase probleme de diagnostic diferențial.

Probleme deosebite sînt puse de tulburările psihice cu caracter permanent, care survin între crize, precum și o serie de crize de mai mică intensitate. La copii, în special, pot apare leziuni cerebrale datorită imaturității sistemului nervos.

Aita descrie următoarele forme de hipoglicemie cu evoluție lentă:

— Forma psihofiziologică a hipoglicemiei (denumită și neurogenă vagală sau funcțională). Ea apare mai ales după mese și nu depășește stadiul unei simple suferințe subiective (iritabilitate, neliniște psihomotorie, anxietate).

— Forma de hipoglicemie postgastrectomie, care este tot o formă de hipoglicemie alimentară, funcțională ca și prima, dar care survine mult mai precoce (2—3 ore după masă) avînd un caracter mai sever (uneori cu pierderi de cunoștință, confuzie).

— Hipoglicemia din diferite boli somatice nepancreatice (hepatogene, din leucoze, din unele neoplasme).

În hiperinsulinismul organic secreția de insulină fiind lentă, apare o stare de somnolență, imposibilitatea concentrării, scăderea atenției și memoriei, neînțelegerea noțiunilor abstracte, absențe, confuzii, dezorientare, apatie, bradipsihie, tulburări de vorbire, incoerentă, nesiguranță în mers, nervozitate, agresivitate, crize de violență, accese de rîs nestăpînit pînă la o adevărată stare hipomaniacală (Beloïu). La aceste fenomene se mai adaugă transpirațiile, paloarea, eritemul, midriaza, palpitațiile, tahicardia, tremorul, fenomene care se datoresc tulburărilor neurovegetative. La copii pot apare și convulsiile. Tulburările psihice interparoxistice pot îmbrăca și diferite forme nevrotice sau psihotice. Pot apare aspecte psihopatoide (caracter iritabil, nervos, exploziv) sau cu numeroase tulburări afective (anxietate, labilitate afectivă), manifestări histerice, lipotimii, tulburări de somn.

În ceea ce privește tulburările psihotice, Aita arată că pot apare tablouri asemănătoare unor entități psihiatrice ca delir, psihoză Korsakov, halucinoză, schizofrenie, psihoză maniacodepresivă, reacție paranoică, stare de agitație, crize psihomotorii epileptice. Pot apare, de asemenea, confuzii mintale, stări dementiale determinate de leziunile cerebrale ireversibile secundare hiperinsulinismului.

În stabilirea diagnosticului Beloïu consideră necesar să atragă atenția asupra triadei simptomatice a lui Wipple:

1. Crizele apar dimineața sau după o perioadă de inaniție sau efort;

2. Crizele coincid cu o scădere a glicemiei sub 40 mgr%;
3. Injecția cu glucoză determină o revenire rapidă la normal.

Diabetul zaharat

Diabetul zaharat este o boală cronică în cadrul căreia se dezvoltă o gamă variată de tulburări psihice. În afara factorilor fiziopatologici specifici evoluției bolii și arteroscleroza se mai poate adăuga ca factor specific în cadrul diabetului zaharat.

Numeroase reacții psihologice sînt legate, pe de altă parte, de limitări impuse de boală, de schimbarea modului de viață și, așa cum subliniază Haynal, este vorba aici mai mult de o influență somatopsihică decît de una psihosomatică.

Diabetul creează prin tulburările de metabolism care îi sînt specifice un teren favorabil pentru apariția unei game foarte mari de tulburări psihice. Stresul are adesea rol agravant sau declanșator, dar, subliniază Haynal, se poate ca și o situație stresantă să amelioreze diabetul. Cronicitatea diabetului determină, însă, manifestări somatopsihice (dependența de medic, limitarea dietei, resemnarea, denegarea, lipsa de disciplină). Adesea, arată tot Haynal, pentru a-și compensa sentimentul de inferioritate bolnavii adoptă atitudini competitive și își fac ambiții exagerate avînd totodată și o mare fragilitate depresivă în caz de eșec.

Legrand du Saule consideră astenia și tulburările afective (mai ales anxietatea și depresia) drept simptome caracteristice ale diabetului. Tot el descrie în diabet prezența apatiei, abuliei, frigidității, somnolenței, urii patologice, iritabilității, ideilor ipocondrice de ruină. Dieulafoy observă că foarte frecvent diabetul apare la personalități cu ereditate încărcată (psihoze, nevroze). Ströring remarcă în cazurile grave de diabet apariția unor episoade stuporoase-depresive, alternînd cu agitația. Uneori această desfășurare a fenomenelor afective poate imita o psihoză maniacodepresivă.

Pavel consideră că nu există tulburări psihice care să nu se manifeste în diabetul zaharat, iar Mauric subliniază importanța emoțiilor și supărărilor în diabet, deseori rezistența la insulină instalîndu-se după emoții. După Cotescu, la copii 1/3 din cazurile de diabet are la bază emoții puternice. Men-

ninger arată că există 5 feluri de asociere între diabet și tulburările psihice, și anume:

1. Diabet apărut după perturbările psihologice declanșate de bolile psihice;
2. Tulburările psihice apărute după un diabet neglijat;
3. Tulburările psihice și diabetul recunosc o cauză comună;
4. Relațiile între personalitatea bolnavului și faptul neglijării unui prediabet;
5. Diabetul și tulburările psihice sînt asociate, dar s-a ignorat data debutului celor două categorii de tulburări.

Santor descrie în diabet „deliruri parțiale triste“, idei de ruină, tentative de suicid.

Datorită frecvenței tulburărilor psihice în diabet, Dawson crede că se poate descrie chiar o psihoză diabetică caracterizată prin exagerarea trăsăturilor de caracter (legată de atrofia cerebrală prin hipoxie). Copiii diabeticii prezintă și ei tulburări mintale nete (Cotescu). Astfel, ei au capacitatea de concentrare diminuată, prezintă stări anxioase și depresive. În perioada precomatoasă pot apărea stări confuzional-delirante.

În ceea ce privește diabetul în mediul psihiatric Thonnard-Heumann pe 4 215 bolnavi spitalizați în clinica de psihiatrie găsește 27 cazuri de diabet cunoscute dinainte și 69 cazuri depistate în spital (2,25% față de 2% în populația generală). La copii Biéder și col. arată că pot să apară fenomene de frustrație, revoltă în timp ce Switt și colab. (citați de Biéder) vorbesc de fragilizarea și anxietatea acestor pacienți, tulburări de identificare, disforie, rea adaptare cu părinții. Foarte importante la diabetici sînt complicațiile iatrogene, primele consultații avînd din acest punct de vedere un mare rol.

Encefalopatia diabetică se dezvoltă secundar și după Jean Lubetzki manifestările clinice se împart în 2 grupe mari:

1. Encefalopatia post comă diabetică (explicată prin leziuni anatomice și efectul metabolic al carenței de insulină asupra creierului).
2. Encefalopatia datorită arterosclerozei cerebrale generalizate.

În encefalopatia diabetică Störing descrie episoade stuporoase, stări depresive alternînd cu cele de agitație.

8. Bolile glandelor ovariene

Foliculina are o mare influență asupra metabolismului organismului (poate provoca retenția hidrosodică, ionizarea calciului). La animale ritmul sexual depinde în mare măsură de mediul ambiant (lumină, temperatură, alimentație, prezența sexului opus etc.). Aceste elemente intervin în cadrul secreției hormonale pe calea sistemului nervos. La om factorii emoționali influențează, de asemenea, secreția hormonilor ovarieni, determinând la femei, de exemplu, modificări importante ale ciclului menstrual, apariția hirsutismului, modificări ale fertilității etc.

În *insuficiența ovariană* Milcu arată că în general predomină inhibiția bolnavelor, avînd adesea din punct de vedere clinic o gamă variată de stări melancolice și instabilitate, în timp ce Baruk consideră că la bolnavele castrate care prezintă tulburări afective ar fi existat un teren psihopat anterior. Castrarea la femei, arată tot Milcu, este urmată de modificări clinice ale activității nervoase superioare, de regulă crescînd intensitatea procesului de inhibiție cu depresie, complexe de inferioritate sexuală, instabilitatea afectivă, scăderea atenției și memoriei, scăderea capacității de muncă. Factorii familiari și sociali legați de castrare vin să tulbure și mai mult aceste dereglări. Așa cum subliniază și Constanța Ștefănescu-Parhon, insuficiențele ovariene se caracterizează, în primul rînd, prin tulburări în sfera afectivă, dar pot apare și stări cataatonice, accese dipsomanice. Retezeanu descrie o incidență crescută a tulburărilor nevrotice la un număr mare de femei, la care s-a practicat ligatura de trompe în scopul sterilizării. S-a remarcat la aceste femei că ele devin foarte agresive și impulsive, se manifestă adesea ca adevărate caractere epileptoide. Cu toată predominanța tulburărilor afective în insuficiența ovariană găsim aproape constant un complex simptomatic nevrotic caracterizat mai ales prin predominanța fenomenelor neurovegetative: transpirații, valuri de căldură, mîini umede, transpirații. Deși interesul sexual este scăzut, pacientele își fac numeroase complexe de inferioritate, mai ales cum este în eunucoidismul feminin, în care este și o nede dezvoltare sexuală evidentă. Adeseori stările depresive sau depresiv anxioase se explică tocmai prin reactivitatea bolnavelor față de situația lor.

În *hiperfuncția ovariană* (hiperfoliculinemia) Labounelie a încercat chiar să descrie o psihoză specifică. X și P. Abély descriu în tumorile ovariene excitații sexuale și o stare de excitație psihică. Baruk vorbește despre psihoze depresive, maniacale și alte forme care ar avea drept explicație hiperfuncția ovariană. La animalele hiperfoliculinizate s-au produs stări de excitație și agresivitate, dar aceste experiențe nu au dat aceleași rezultate și în experimentările făcute de Constanța Ștefănescu-Parhon. Injecțiile cu cantități mari de foliculină la femeile normale cu scop abortiv au dus doar la apariția unor stări de agitație, anxietate, nevoie de mișcare. Milcu arată că în hiperfoliculinismul funcțional apare la aceste bolnave o emotivitate exagerată, anxietate, instabilitate psihomotorie și uneori crize de spasmofilie. Apar, de asemenea, tulburări funcționale ale vezicii biliare (colici, dischinezii ritmate uneori de ciclul menstrual), sindromul vezical urinar fiind de asemenea caracteristic (polakiurie, disurie, incontinență urinară, disurie). Hiperestrogenismul tisular sau de recepție reprezintă, după Milcu, o formă funcțională particulară, datorită hiperreactivității tisulare la estrogeni.

Sindromul premenstrual este o grupare de simptome caracteristice care apar în legătură cu menstruația. De obicei el apare cu 1—10 zile înainte de menstruație și dispare odată cu aceasta. Frecvența sindromului premenstrual este foarte diferită după diverși autori, mergînd de la 60% pînă la 90% din femei. Ar exista trei tipuri principale de manifestare clinică:

1. Sindromul premenstrual „psihologic” caracterizat prin manifestări mai ales în sfera afectivă (nervozitate, iritabilitate mai mare, labilitate afectivă, gelozie, exaltarea libidoului);
2. Psihoze premenstruale puse la îndoială de unii autori (Sutter) mai ales sub forma unor stări maniacale sau depresive;
3. Exacerbarea în perioada premenstruală a unor tulburări psihice preexistente. În această perioadă la epileptice apar mai frecvent crizele, frecvența suicidului este mai mare etc.

Tomorug arată că toate bolnavele studiate prezentau premenstrual o hipersensibilitate accentuată. Mouren și Hutter insistă asupra periodicității stărilor depresive minore legate de ciclul menstrual. Dalton constată că la 46% din femeile internate în spital, accesul survine în perioada premenstruală. Milcu descrie în cadrul sindromului premenstrual neliniște psihomotorie, emotivitate, excitație, impulsivitate, stări depresive, uneori psihoze cu evoluție ciclică. Manifestările neuro-

vegetative se caracterizează prin valuri de căldură, transpirații, eretism cardiac, palpitații, anxietate, uneori dispnee moderată.

Coirault izolează un așa-numit sindrom de tensiune premenstruală caracterizat prin faptul că pe un fond endocrin se instalează o stare neuropsihică cu evoluție ciclică, cu o alură oscilantă, putând duce la veritabile tulburări nevrotice cu evoluție permanentă sau paroxistice. După Frank (citată de Coirault) sindromul de tensiune premenstruală survine în a 2-a parte a ciclului menstrual și se caracterizează prin manifestări somatice, fenomene de turgescență electivă, ca: congestia abdominalopelvină, creșterea în greutate, oligurie. Apariția menstruelor duce la o poliurie masivă. În această perioadă pot apărea migrene, crize epileptice. Manifestările psihice se caracterizează, după același autor, prin tulburări de caracter mai puțin grave: iritabilitate, instabilitate, anxietate, angoasă. Uneori pot apărea stări psihotice (deliruri erotice, de persecuție, gelozie). Aceste fenomene ar apărea pe un teren predispus, hiperfoliculinemia nefiind decât un factor declanșator sau favorizant. Aneta Dănilă-Muster susține că în cadrul hiperfoliculinemiei caracteristice ar fi hiperemotivitatea, tonusul afectiv pozitiv, excesul de activitate, iar Păunescu-Podeanu arată frecvența asocierii dintre hiperfoliculinemie, tulburări nevrotice și hipocalcemie. Autorii consideră că ar exista o relație de la cauză la efect în cazul unei nevroze cu hiperfoliculinemie și spasmofilie.

Manifestări psihopatologice se întâlnesc și în perioada *menopauzei*. Abely arată că datorită declinului secreției estrogenice a ovarului la menopauză, acesta determină o dereglare hipofizară datorită privării de frâna sa ovariană, ceea ce se face cu prețul unor dereglări neurovegetative, a circulației generale și cerebrale. Lipsa de răspuns a ovarului la gonadostimuline provoacă din partea celorlalte glande o reacție dezordonată. După același autor 10% dintre femeile la menopauză au tulburări nevrotice ușoare sau episodice, 3% tulburări nevrotice mai importante și doar 2% manifestări psihopatologice mai serioase.

Tomorug și Vrejan descriu la femeile de la menopauză depresii periodice, iar Albert arată că excitabilitatea și instabilitatea sînt foarte frecvente în această perioadă. Constanța Ștefănescu-Parhon vorbește în această perioadă a menopauzei de melancolie cu manifestări anxioase care, apoi, au evoluat spre o melancolie de involuție, stări de excitație, stări hipo-

maniacale. Tot Constanța Ștefănescu-Parhon a raportat bune rezultate prin tratamentul cu extracte ovariene în cazurile de melancolie legate de menopauză. Kolb subliniază în special labilitatea afectivă, transpirațiile, starea de tensiune a dispoziției asociată cu anxietatea, agitație, exagerarea tuturor mijloacelor psihologice de apărare. După Milcu la perioada menopauzei cefaleea este prezentă într-o treime din cazuri, avînd mai ales o localizare occipitocervicală. Menopauza poate antrena, de asemenea, numeroase modificări ale libidoului (în exces sau minus). Astenia, deși nu foarte marcată, este destul de frecventă.

9. Bolile glandelor testiculare

Legătura dintre secreția testiculară și viața psihică a fost mai puțin studiată.

În *insuficiența testiculară* s-a descris apariția unei stări de apatie, lipsă de inițiativă, izolare, depresie. În insuficiența testiculară, arată Milcu, scad procesele de inhibiție internă. Bolnavii prezintă bradipsihie cu note de puerilism, sînt iritabili, irascibili, egoiști. Ideeația este mai lentă, iar puterea lor de concentrare scade foarte mult. Se remarcă scăderea inițiativei, sînt apatici, închiși în sine, retrași. Interesul social scade tot mai mult, iar comportamentul lor începe să devină tot mai feminin. Parhon și Milcu au descris la bolnavii cu schizofrenie alterații particulare la nivelul testiculelor, glandelor suprarenale și paratiroidiene, iar Madalena Măicănescu a pus în evidență la eunucoizi dificultăți în fixarea reflexelor condiționate, dezvoltarea rapidă a unei inhibiții de protecție. În cadrul andropauzei s-au descris stări depresive, oscilații timice asemănătoare în mare cu cele din cadrul menopauzei.

În *hiperproducția de testosteron* s-a notat un „temperament hipergenital“, iar dacă această hiperproducție există încă din copilărie poate apare un sindrom caracteristic (pubertate precoce) caracterizat din punct de vedere psihologic printr-o dezvoltare intelectuală precoce cu creșterea inițiativei, agresivitate și creșterea nevoilor sexuale (Aita).

12 Psihosomatica aparaturii locomotor

Și aparatul locomotor poate fi expresia unor tulburări psihosomatice. Astfel, spune Haynal, persoanele mici de statură suferă adesea de contracții dureroase ale musculaturii cefei (își înalță mereu capul în sus), în timp ce persoanele înalte au, de obicei, o talie curbată și adesea suferă de dorsalgii. Durerile lombosacrale, spune tot Haynal, sînt legate adesea de fantezmele sexuale și tendințele agresive inhibitate. Numeroase algii legate de traumatismele osoase vindecate se pot explica de exemplu prin ceea ce se numește „beneficiu secundar”. Există un tonus muscular de postură și echilibru, un tonus care prepară acțiunea, un tonus de alertă. Există o componentă emoțională și o componentă tonică și motrică. Între tonus și emoție există o legătură, iar prin condiționare o serie de manifestări motorii pot să devină definitive.

Duret-Cosyns subliniază că orice emoție creează și o stare de tonicitate musculară crescută sau de hipotonie. Postura, mimica reflectă adesea starea afectivă a individului. Tonusul de bază, arată același autor, exprimă stilul de relații pe care individul îl are cu lumea, hipertonia și hipotonia musculară fiind așa cum am mai arătat mijloace de manifestare a emoțiilor. Mai mult, arată Duret-Cosyns, cu ajutorul electromiogrammei se pot stabili tonusuri musculare de bază pentru diferite tipuri de personalitate. Hipertonicitatea musculară, ca pregătire pentru luptă, are în esență un rol adaptativ pentru individ, tonusul relaxîndu-se după ce starea de tensiune a dispărut. Persistența îndelungată a hipertoniiei se

poate însoți însă de simptome algice și de apariția unei stări afective de bază.

Între diferite situații psihologice și tonicitatea musculară, în clinică s-au observat relații directe. Astfel, stările *algice lombare* (o adevărată problemă pentru medici) sînt legate adesea de stări nevrotice (doar 40% din aceste algii, arată Grinker, sînt legate de modificări organice). Substratul durerilor lombare este o contractură musculară care se datorește la rîndul ei anxietății. Aceste persoane, spune tot Grinker, sînt într-o permanentă tensiune nervoasă, se mișcă mereu. Durerile se exacerbează după mișcări sau sînt intermitente (uneori tensiunea musculară se poate chiar palpa). Bergouignon și Demangat, pe 78 bolnavi cu lombalgii, observă la aceste persoane o mobilitate particulară. Regiunea lombară, după Haynal, joacă un rol important în dialectica primordială: se opune, menține, se pliază sau cedează. În modificările date de aceste stări, tot Haynal consideră importante două elemente:

— Frica de ceva incontrolabil din spate, care nu se vede;

— Frica de a fi incapabil de muncă, de a deveni invalid sau impotent.

Se subliniază și faptul că placebo ar da rezultate foarte bune în 60% din cazuri, dar cu efect tranzitoriu.

În epoca modernă *fracturile* reprezintă o adevărată problemă datorită marelui lor frecvență. Încă din cadrul primelor studii efectuate de către Dunbar s-a vorbit de predispoziția unor persoane de a face în mod prevalent fracturi, de a avea „încălnații spre accidente”. Deși aceste persoane nu sînt bolnăvicioase, ele, subliniază Grinker, prezintă în antecedente foarte numeroase fracturi. Acești bolnavi trăiesc la „tensiune înaltă” și au tendința de a se repezi impulsiv în activitate (cînd agresivitatea le este excitată, ei se lansează brusc în activitate, lucru care produce de multe ori accidente datorită imprudenței). Tot Grinker vorbește la acești bolnavi de sentimente ascunse de culpabilitate și de ostilitate inconștiente. În afară de aceasta o serie de persoane predispuse la accidente prezintă o serie de deficiențe psihologice (tulburări de atenție, în special distractivitate) și chiar a unor defecțiuni senzoriabile, de care individul nu este conștient.

1. Reumatismul

Interesul pentru reumatism a pornit de acolo că s-au observat exacerbari artritice după stresuri psihice. Numeroși clinicieni au remarcat, de asemenea, interesarea anatomică a sistemului nervos în reumatism. Gruhle și colab., pe baza datelor de literatură, consideră că 3—5% din bolnavii cu reumatism acut prezintă o artrită a vaselor corticale și menigiene mici. Colle consideră că majoritatea bolnavilor cu reumatism provin din familii unde mama sau alți membri de familie au suferit de aceeași boală. Tot Gruhle, citind o serie de autori sovietici, enumeră manifestări cerebrale ale procesului reumatic generalizat și care ar fi următoarele:

- Leziuni vasculare cerebrale reumatice (tromboză, hemoragii, tulburări hemodinamice);
- Encefalita meningoencefalitică reumatică;
- Epilepsia reumatică;
- Psihozele reumatice;
- Cerebrastenia reumatică (simptoame de tip nevrotic).

Reumatismul s-a mai impus în fața psihosomaticienilor și prin evoluția sa capricioasă și care nu ține cont adesea de semnificația factorilor organici.

Majoritatea tulburărilor psihice din cadrul reumatismului ar apare după 10—20 de ani de la debutul propriu-zis al bolii (a febrei reumatice), apărind mai ales în perioada de reactivare. Vaghenhain arată că în reumatismul acut aceste tulburări apar, mai ales, sub forma stărilor delirantonice sau stări de obnubilare a conștiinței cu excitație hiperkinetică. Pot apare, de asemenea, fenomene depresive și anxioase, stări schizofreniforme. În formele acute de reumatism, cel mai frecvente sînt stările onirice, halucinații terifiante, iar după scăderea febrei, fenomenele psihiatrice dispar. Tot Vaghenhain arată că în stadiul „rece” pot apare stări anxioase și depresive, cu idei fragmentare de autoacuzare și urmărire, halucinații auditive. Uneori apar psihoze nediferențiate clinice, cu aspect mai ales schizofreniform (cu negativism, autism, fenomene catatonice). Psihozele reumatice au, după Gruhle, un aspect de organicitate: delir, stări dementiale. Totuși și acest autor subliniază că psihozele schizofreniforme sînt mai bine diferențiate și apar cu debut insidios, ca o schizofrenie simplă, dar și cu pregnanța unor simptome legate de aparatul motor: grimase, distonii musculare, hiperkinezii,

dizartrie. Alteori tulburările psihotice încep cu cefalee, depresie, insomnie, halucinații, delir.

După Kolb majoritatea bolnavilor cu reumatism provin din familii în care mama și alți membri de familie au suferit de reumatism. În aceste familii se remarcă dominarea puternică din partea mamei, ceea ce duce la o mare dependență. Bolnavii pot deveni la rândul lor dominatori, până la atitudini paranoice.

2. Poliartrita cronică evolutivă

Poliartrita cronică evolutivă este tipul de reumatism cel mai frecvent și cel mai mult studiat de către psihosomaticieni. Sapis și Canet insistă asupra faptului că studiul psihosomatic al reumatismului trebuie corelat cu studiul alergiei, infecțiilor, durerii. Aici trebuie să se includă și fiziologia dezvoltării activității motorii și a sensului său psihoafectiv la care să se adauge importanța eredității, a factorilor ecologici etc.

Una dintre primele probleme studiate de către psihosomaticieni este aceea a personalității bolnavului cu poliartrită cronică evolutivă (PCE). Kolb subliniază că poliartriticii sînt indivizi complicați emoțional, care exprimă dificil deschis simțămintele lor și care caută gratificare din acțiunea de a se pune în serviciul altora. Ei sînt persoane active fizic și intelectual, înclinați mai ales pentru munci fizice sau sporturi competitive. Dependența lor de alții este foarte mare (frica de figura maternă). Controlul ostilității este acompaniat de o activitate intensă neuromusculară, poziție dominatoare, abilitate de a controla anturajul, supraevaluarea funcțiilor fizice (Kolb). Numeroși alți autori, începînd cu Charcot, Alexander și alții, au ridicat problema personalității bolnavului cu PCE. Totuși așa cum arată Friedman este foarte greu pe baza unor cercetări așa de heterogene să se poată face o generalizare și deci de a descrie un profil specific de personalitate. Moos și Solomon (citați de Friedman), pe baza unei aprofundate studieri a literaturii, stabilesc următoarele caracteristici privind personalitatea bolnavilor cu PCE:

1. Sînt încordați, anxioși, depresivi;

2. Tind să reacționeze excesiv;
3. Tind a fi introverțiți, timizi, inhibați în exprimarea sentimentelor de ură, agresivitate, hipersensibili la ura și la critica altora;
4. Tind să se sacrifice, au atitudini masochiste;
5. Tind să fie rigizi, conformiști;
6. Se caracterizează prin dependență, intră ușor în panică. Uneori maschează aceasta afișând independența;
7. Manifestă un gust particular pentru a cheltui efort fizic fie prin muncă intensă, fie prin practicarea unor sporturi;
8. Pacienții dau dovadă de imaturitate, reacționează la stres printr-o tensiune mare ca și ulceroșii (Cleveland). Pacientul, arată Haynal, investește foarte mult în motricitatea sa, în care descarcă conflictele și tensiunile sale psihice.

Artriticul tinde, astfel, a exercita activități fizice uneori penibile, sporturi de performanță, competiții, fetele se manifestă „băiețos“ și cu control afectiv excesiv complăcându-se într-un altruism nevrotic (Grinker). Adesea, subliniază tot Grinker, femeile au atitudine de concurență și agresivitate față de bărbați; crizele artritice provin mai ales după conflicte tot cu bărbații, ceea ce le crește și mai mult ostilitatea.

Cleveland și Fisher arată că bolnavii sînt personalități care manifestă adesea o încredere în sine nespecifică, iar particularitatea reacției la stres la acești bolnavi constă dintr-o mare tensiune musculară. Pentru mulți autori inhibiția, expresia agresivității, este un element foarte important în structura personalității, trăsăturile de caracter descrise de diferiți autori nefiind decît expresia efortului conștient de a ține în frîu și a controla riguros sentimentele de agresivitate. Se pare că la acești pacienți tensiunea musculară reprezintă o cale proprie pentru descărcarea agresivității, aceasta fiind, în viziunea lui Sapir și Canet, un mecanism fiziologic de apărare, această agresivitate continuă fiind, de fapt, un teren favorabil pentru fenomenele poliartritice. Controlul ostilității, arată Kolb, este acompaniat de o activitate neuromusculară, poziție dominatoare, abilitate de a controla anturajul, supraevaluarea funcțiilor fizice.

O altă problemă pusă de Friedman este și aceea a relațiilor dintre durere și dispoziție. King și Cobb (citați de Fried-

man) subliniază că stările de agresivitate ale acestor bolnavi agravează durerile articulare. Dealtfel Friedman subliniază că cu cât PCE este mai gravă și incapacitatea funcțională mai mare, și tulburările psihice sînt mai importante.

Moldofsky și Clater (citați tot de Friedman), cercetînd această corelație, au stabilit două tipuri de legătură dintre durere și dispoziție:

1. Una „sincronă”, caracterizată printr-o corelație directă între durerile articulare și dispoziție;

2. Una „paradoxală”, caracterizată printr-o relație cronologică inversă între durere și dispoziție (ameliorarea uneia agravează pe cealaltă).

Rolul familiei a fost subliniat în numeroase studii. În afara dominației materne se pare că soțul bolnavilor este adesea privit ca o personalitate supusă și pasivă. Femeile bolnave sînt nesatisfăcute permanent, au dorința de a ajuta, dar, subliniază Haynal, acest ajutor este de fapt o luare în posesie, o manipulare, o manieră de a protesta contra dependenței la care sînt constrînse. Părinții bolnavilor au fost descriși ca personalități rigide, exigente, Sapir și Canet considerînd că aici este vorba de o inafectivitate în fața căreia răspunde printr-o ostilitate reprimată. Femeile poliartritice, arată Moos și Solomon, nu au avut în mama lor un model adecvat de identificare, ceea ce a dus la respingerea rolului feminin. Alteori la poliartritici este vorba de lipsa mamei din cadrul familiei. Problema principală, arată tot Moos și Solomon, este că poliartriticul a avut în cadrul familiei puțină dragoste și securitate.

În ceea ce privește mariajul, Friedman arată că el este descris de către bolnavi fie ca foarte bun, fie ca foarte rău, dar divorțurile sînt mai frecvente la poliartritici. Adesea femeile își aleg un soț complezent.

Importanța factorilor emoționali

Importanța factorilor emoționali s-a discutat foarte mult și numeroși autori au considerat rolul stresului în cadrul PCE deosebit de important. În declanșarea bolii sau acutizării s-au incriminat adesea dificultăți familiale sau profesionale, eve-

nimente familiale nefavorabile, mai ales pierderi. Alexander, de exemplu, subliniază că pacienții cu PCE au avut o adolescență foarte grea și adesea prezintă o reacție de protest contra rolului care le-a fost rezervat în familie.

S-a vorbit de asemenea de importanța stresului de separație. După Friedman importanța evenimentelor stresante este cu atât mai mare, cu cât ele au avut loc în adolescență (ar fi vorba de 50% din cazuri). Uneori o serie de pusee reumatismale, subliniază autorul, pot să se declanșeze cu ocazia aniversărilor unor decese sau altor evenimente asociate psihologic cu separarea. Factorii stresanți au o mai mare importanță la indivizi predispuși în acest sens, Engel accentuând, mai ales, asupra greutăților materiale. Nu numai stresurile acute au importanță, dar și cele cronice, și acest lucru este evident prin marea frecvență a PCE la femei (raportul de 3 la 4), deoarece în societatea noastră, arată Friedman, posibilitatea femeilor de a-și exterioriza agresivitatea este mai redusă.

Rolul psihologic al bolii este important, deoarece în cadrul tabloului clinic apare limitarea mișcărilor, diferite handicapi sociale. Toate acestea duc la importante reacții psihice. Importanța reacției psihice a individului depinde în mare măsură de tipul de personalitate, de tendința pe care bolnavul poate să o aibă față de beneficiul secundar pe care o asemenea boală invalidizantă poate să-l presupună. Aceste repercusiuni sînt și mai mari, arată Sapir și Canet, atunci cînd există un handicap al vieții de relație. Friedman menționează că poliartrita provoacă ea însăși o stare de anxietate datorită stării de durere, a deformațiilor, precum și consecințelor ei sociale. Koupernic și Séze (citați de Sapir și Canet) arată că la bolnavii cu PCE pot apare o serie de tematici anxioase, ca:

- Frica de moarte;
- Frica de durere;
- Frica de deformări inestetice;
- Frica de paralizie, mai ales cînd intervine scăderea motilității și cînd se dezvoltă fenomenul de pierdere a autonomiei. Totuși, adesea starea de dependență în care se compiac bolnavii este în disproporție cu cointeresare organică (Ludwig).

Alte tulburări psihice

În afara modificărilor psihologice, în PCE pot să apară și o serie de manifestări psihopatologice mai serioase. Friedman enumeră următoarele tulburări psihice:

1. Tulburări psihice și neurologice grave, de tipul stărilor confuzionale și care apar mai ales în forme foarte grave de PCE.

2. În formele obișnuite de PCE tulburările psihice sînt mult mai mici ca intensitate, care țin, uneori, de un tratament corticoterapic intens. Linderman (citată de Ludwig) notează chiar o proporționalitate inversă dintre fenomenele artritice și tulburările psihice.

3. S-a notat, de asemenea, în cadrul evoluției unei PCE apariția alcoolismului, a toxicomaniei, iar uneori, așa cum subliniază tot Ludwig, alte afecțiuni psihosomatice, ca: ulcerul, astmul sau obezitatea.

Kolb subliniază că indivizi cu psihoze suferă rar de PCE. Consultul psihiatric este adesea necesar în cadrul PCE, deoarece numeroși bolnavi chiar dacă nu prezintă tulburări psihice dramatice, uneori refuză tratamentul sau ajutorul medical, nu respectă regimul autoritar impus de medic. Uneori, în perioada convalescenței, pot apare stări confuzionale, iar starea de angoasă este cu atît mai intensă în PCE, cu cît boala este mai dureroasă și mai invalidantă.

Importanța mecanismului psihosomatic în PCE

Așa cum am văzut pînă acum, factorii psihologici au o deosebită importanță în cadrul evoluției PCE. Totuși, nu se poate preciza încă în ce măsură boala se poate explica numai prin mecanismul psihosomatic. Bazîndu-se pe studiile lui Johnson și Sapiro, Alexander alcătuiește următoarea schemă dinamică care se poate aplica în PCE: boala se datorează intervenției unor factori stresanți, unor restricții, unor excese educative din prima copilărie, care au determinat o stare de anxietate și refularea concomitentă a tendințelor de revoltă contra părinților. Agresivitatea care rezultă se poate exprima

apoi, prin participarea la competiții sportive, iar în viața adultă, spune Friedman, prin combinația dorinței de a servi altora și de a controla anturajul (tiranie binevoitoare), rejecția rolului de femeie, ruptura schemei nevrotice (care constă, spune autorul, în a servi și, în același timp, în a domina), inhibarea descărcării normale de ostilități. Agresivitatea continuă ar duce la creșterea tonusului muscular și apoi la artrită. Agresivitatea în această viziune, arată tot Friedman, se descarcă în hiperactivitate musculară, competitivitate în fața oamenilor, masochism, permițând negarea dorinței de dependență și reprimarea culpabilității prin servicii făcute altora. Totuși, majorității lucrărilor de psihosomatică privind PCE le lipsește rigoarea științifică, în timp ce reumatologii greșesc, de asemenea, atunci când nu iau în considerație factorii psihosomatici din PCE. Friedman atrage atenția și asupra principalelor puncte slabe ale studiilor psihosomatice din PCE, și anume:

1. Insuficiența metodologiei și disparitatea investigațiilor;
2. Toate studiile sînt retrospective, ceea ce implică multă subiectivitate.
3. Nu se poate face o legătură clară între tulburările emotive și boală, ca atare nu se poate preciza dacă este vorba de cauză sau efect.
4. Trăsăturile de personalitate descrise sînt comune și altor boli.
5. Este dificil a stabili că plîngerile subiectului pe plan psihologic sînt efectiv simptome reale.

Totuși Friedman susține că ipoteza psihosomatică nu trebuie total exclusă din cadrul PCE, căci există cel puțin cîteva forme de PCE care pot fi considerate psihosomatice, iar uneori factorii psihologici sînt prea incriminați în etiologia sau declanșarea puseelor artritice.

După Moos și Solomon factorii de personalitate, stresurile acționează pe fondul decompensării psihologice, alcătuiind un complex care poate declanșa boala. Emoțiile și stresul, după opinia lui Friedman, modifică mecanismul imunologic prin intermediul sistemului nervos central, stresul fiind imunosupresor. Hipotalamusul poate interveni în reglarea răspunsului imunitar prin intermediul hormonului de creștere. Tot hipotalamusul reglează și funcțiile timusului, element important în procesele imunologice. Referitor la complexul anti-

corp-antigen, se arată că anticorpii pot determina modificări tisulare degenerative. Pe de altă parte, arată tot Friedman, agresivitatea inhibată poate antrena o creștere a presiunii pe suprafețele articulare, context în care pot apare microtraumatisme. Urmează apoi inflamația, durerea, imobilizarea, ceea ce antrenează anxietatea ca într-un adevărat cerc vicios în care crește starea de tensiune musculară. Sistemul nervos vegetativ, arată Ludwig, poate și el determina, sub influența factorilor psihologici, modificări circulatorii care să conducă la leziuni.

13 Psihosomatica bolilor cronice.

Cancerul extracerebral

Poziția bolilor cronice în patologia medicală este oarecum specială, deoarece utilizarea modelului clasic de boală (fizic sau medical) este practic imposibil. Acest lucru a creat necesitatea modificării modelului. Într-adevăr, la bolnavii cronici simptomele nu se instalează brusc și nici nu sînt în mod evident pregnante. Boala evoluează adesea pentru lungi perioade în mod inaparent, deși se poate ajunge astfel la stadii avansate. În acest fel noțiunea de evoluție specifică modelului clasic devine dificil de aplicat în cadrul bolilor cronice. McQueen subliniază că în acest cadru ar fi util un model bazat pe două etape. Astfel, în prima etapă ar fi vorba de achiziționarea unui comportament social, care predispune la o finalitate psihologică, iar în etapa a 2-a se înglobează procesele care întrețin aceste patternuri comportamentale după identificarea bolii. Un asemenea model permite conceptualizarea comportamentului social care predispune în unele afecțiuni cronice și diferențiază comportamentul persoanei purtătoare de simptome psihice. În bolile acute durata de evoluție fiind scurtă, nu este timp pentru modificări substanțiale ale personalității bolnavului. În schimb durata mare a bolii cronice face ca mecanismele adaptative ale personalității să fie puse în funcție, ceea ce, pe lungă durată, pot determina modificări de personalitate. Bolnavii cronici, subliniază Chipail, în spital sînt adesea priviți cu neîncredere, li se reproșează că țin un pat de care ar beneficia alții, li se face un tratament de rutină. În cadrul bolilor cronice numeroși autori accentuează mai ales asupra importanței limitării autonomiei

bolnavului și a gradului său de utilitate socială și profesională, a felului în care bolnavul vine în contact cu lumea. Restrângerea contactelor sociale și a puterii sociale de care se bucurau anterior este resimțită de către bolnavi ca un stres foarte puternic. Avînd în vedere importanța pe care bolile cronice o capătă astăzi în cadrul patologiei, numeroși autori subliniază interesul social și antropologic tot mai mare care se orientează în acest domeniu, domeniu în care impactul factorilor socio-culturali este maxim. În viziunea lui McQueen acest lucru se datorează prevalenței bolilor cronice față de cele acute în cadrul societății industrializate. În acest sens este deosebit de important felul în care bolnavul cronic acceptă boala. Putem nota la acești bolnavi stări de anxietate, frică de moarte, de consecințele invalidizante ale bolii sau, din contra, de atitudini de bravură artificială. În alte situații regresivitatea și beneficiul secundar sînt evidente. Există și situații în care pacienții adoptă atitudini autodistructive, ignorînd, de exemplu, dieta sau tratamentul. Față de asemenea fenomene atitudinea medicului trebuie să tindă spre determinarea bolnavului de a fi conștient de boala sa și, în același timp, să-l determine să ia o atitudine corespunzătoare față de ea.

Adaptarea la condițiile mediului de boală este ajutată, așa cum subliniază Sivadon, de următoarele condiții:

1. Problema autonomiei spațiale. Bolnavul cronic are senzația că spațiul său este limitat (mai ales atunci cînd îi este limitată deplasarea). Această imposibilitate de deplasare duce adesea la sentimentul de abandon.

2. Al doilea factor îl reprezintă, așa cum am mai arătat, relațiile sociale ale bolnavului, relațiile sale în cadrul grupului de bolnavi și, mai ales, relațiile sale cu familia. H. Duchêne subliniază că în interacțiunea dintre bolnav și anturaj două elemente sînt capitale: tabloul suferinței, care presează bolnavul, și realitatea dramei, în care este aruncată existența umană ca urmare a bolii. Internarea în spital a unui bolnav cronic (psihic sau somatic), ridică în afara aspectului său coercitiv, și o serie de probleme legate de prejudecăți privind tarele probabile ale familiei, importanța eredității în unele boli cronice, senzația de jenă sau deprimare care ia naștere în familie. În diferite familii atitudinea față de boală diferă și în funcție de nivelul cultural, de contextul social în care

boala se produce. Astfel, în contextul unor boli psihice cronice, tot Duchêne descrie câteva forme de reacție a familiilor acestor bolnavi:

1. Negarea caracterului psihiatric și incriminarea în compensație a altor factori (cel mai frecvent somatici);
2. Explicarea fenomenelor psihice printr-un incident, iar boala ca avînd un caracter tranzitoriu, rapid curabil;
3. Sechestrarea la domiciliu sau, mai frecvent, abandonul bolnavului;
4. Împărtășirea universului morbid de către membrii familiei.

Deși descrise în cadrul bolilor psihice, aceste forme de reacție se pot extinde și asupra unor boli cronice somatice.

Importanța familiei în bolile cronice este foarte mare. Se știe cît de dezastruoase sînt asupra unor bolnavi cronici influențele determinate de evenimente familiale negative. Pe de altă parte, boala cronică apărută la un membru de familie duce la schimbarea raporturilor interpersonale, a relațiilor nu numai în sînul familiei, dar și a relațiilor cu vecinii, a planurilor de viitor.

În ceea ce privește relațiile dintre familiile bolnavilor cronici și medicii curanți, se cunosc o serie de situații care au fost descrise în literatură, ca: familii ostile, familii pasive, familii impermiabile.

O altă problemă legată de bolile cronice este și aceea a spitalizării prelungite. Spitalizarea îndelungată, subliniază Sivadon, duce la pierderea coordonatelor temporo-spațiale ale subiectului. Din acest punct de vedere distanța de familie este un factor agravant (apar în acest context grija față de fidelitatea soțului, educația copiilor, diferite griji materiale). În cadrul profesiei, o boală îndelungată poate duce la perimarea cunoștințelor, la necesitatea readaptării profesionale. Totuși, cea mai serioasă problemă rămîne aceea a senzației de rejet (social și familial), senzația resimțită mai ales atunci cînd spitalul de cronici este situat la periferii sau locuri izolate (sanatorii TBC, spitale de cronici etc.). În aceste situații pericolul regresiei este foarte mare, motiv pentru care adesea este nevoie de un mediu protejat, a unui mediu terapeutic, creat special pentru a favoriza oprirea regresiei și susținerea acestor pacienți.

1. Cancerul extracerebral

În majoritatea tratatelor de psihosomatică cancerul extracerebral este luat ca prototipul de boală cronică, boală care solicită din plin psihicul uman. Afecțiunile neoplazice ocupă azi un loc foarte important în cadrul morbidității generale, numărul de îmbolnăviri fiind mereu în creștere. Cancerul deține unul dintre cele mai importante locuri printre cauzele de deces. Astfel, dacă în 1892 la populația de peste 60 de ani decesele se datorau cancerului, în 11,1% din cazuri în 1928 acest procentaj s-a ridicat la 40% (Prausnitz). La noi în țară Costăchel estimează la 5% numărul de decese datorate cancerului (în 1953).

Nu este încă bine precizat în ce măsură cancerul este o boală psihosomatică, deși numeroși autori au notat apariția cancerului după decepții, pierderi semnificative, o copilărie foarte dificilă. Haynal vorbește în cancer și de mecanisme de tip „boală de adaptare”, iar în unele cancere s-a observat rolul unor factori (alcoolismul în cancerele de stomac, tabagismul în cele bronhopulmonare, prostituția pentru cancerul de col uterin).

Din punct de vedere clinic J. A. Aita grupează bolnavii cu afecțiuni neoplazice astfel:

1. Bolnavi nediagnosticați sau suspecti;
2. Bolnavi cu neoplasm diagnosticat și tratat suficient de precoce pentru a putea fi considerat vindecat;
3. Bolnavi cu neoplasm la care invadarea metastatică este de presupus;
4. Bolnavi cu neoplasm și invadare metastatică cunoscută.

Făcînd excepție de cancerul care afectează direct sistemul nervos și de invadarea metastatică, se poate spune că incidența tulburărilor psihice nu este prea mare (în orice caz nu la cît ne-am fi așteptat de la o asemenea maladie). Formele de cancer care dau mai des tulburări psihice sînt considerate a fi cancerul pulmonar și de sîn (forme care ocupă primul loc ca frecvență de localizare), precum și alte forme de cancer, cum ar fi cancerul pancreatic, uterin (aceleași localizări dau și metastazele cele mai frecvente). Smithers (citată de Crisp) pretinde că 75% din cancere se localizează în locurile care vin în contact cu mediul și sînt supuse la stimulări

fiziologice repetate. Wolf subliniază importanța sensibilității mucoaselor la conflictele emoționale, în timp ce Jonas susține faptul că există cancere ca expresie a reflexului paleobiologic (posibilitatea regenerării la animalele inferioare). Sing-Mao (citată de Crisp) menționează existența unei corelații semnificative între nevrozele experimentale și dezvoltarea ulterioară a tumorilor mamare. S-a remarcat la șoarecii supuși experiențelor cancerigene o serie de factori care influențează rezistența la cancerul mamar (izolarea, separarea sexelor). Munro observă un surplus de cancer la mamele bolnavilor depresivi, susținând că depresia și cancerul ar avea un factor predispozant comun.

În ceea ce privește incidența afecțiunilor canceroase la bolnavii mintali, Katz și colab. constată că aceasta nu este mai mare decât în rândurile populației generale din acest teritoriu. O serie de autori estimează că în ceea ce privește cancerul, el ar putea fi și o „alternativă” a cîtorva psihoze, alții, din contra, susțin că schizofrenia protejează individul contra cancerului, în schimb în cadrul psihozelor afective ponderea cancerului ar fi mai mare. Kerr și colab. susțin că incidența tumorilor canceroase este de 6—8 ori mai mare la bolnavii care au avut în ultimii 5 ani o maladie depresivă. Autorii vorbesc de un factor constituțional comun, un efect specific al sistemului nervos central. Asocierea factorilor emoționali ar favoriza cancerul.

Cancerul și psihicul

Pentru Haynal cancerul este o boală cronică gravă și invalidantă și în care amenințarea morții este o realitate apropiată. Aceste fenomene sînt capabile a declanșa la indivizi mecanisme psihologice de apărare. Spectrul cancerului este una dintre marile drame pe care personalitatea umană le trăiește mai ales în cea de-a 2-a jumătate a existenței sale. S-au făcut numeroase studii privind psihologia canceroșilor, incluzînd și aspectul deprimant pe care o asemenea cercetare îl presupune. Reacțiile emoționale ale canceroșilor ar evolua, după cum arată Haynal, în trei faze:

1. Faza de confruntare cu diagnosticul, cînd pacientul este anxios, agitat, deprimat, are senzația că este vorba de ceva grav.

2. Spitalizarea cu separarea de familie, cu senzația de abandon, pacientul avînd în această perioadă reacții anxioase și depresive, urmate de tendința de denegare a depresiei, credința într-un miracol tehnic.

3. Faza în care se impune o operație de amputare și cînd întreaga sa existență se va schimba.

După Laxenaire și colab. luarea la cunoștință privind boala crește în procentaj în funcție de durata bolii, noțiunea de cancer fiind în general integrată după un an de evoluție. Cancerul transformă toate datele existenței. La început adevărul nu este asimilat decît parțial și intermitent. Apare în această perioadă o puternică stare de anxietate, reacții suicidale, refuzul bolnavului de a se mai trata. Regresiunea în cancer poate fi profundă, chiar psihotică, motiv pentru care contactele umane trebuie să fie mai frecvente cu cancerosul și de mai mare durată. Treptat, însă, bolnavul „integrează” boala sa în mecanismul de apărare care se constituie analog cu ceea ce se întîmplă în nevroze. Apar frecvent reacții acute, depresive sau de autoagresiune, anxietatea poate deveni puternică și se poate ascunde în spatele unui proces de regresie psihologică cu dependență și pasivitate, fie prin agresivitate latentă sau reacție de culpabilitate.

Achaté, Vanhkonen cercetează 100 de pacienți canceroși și constată că în 40% din cazuri aceștia afirmă spontan că au cancer, iar alții (17%) știu că suferă de o boală foarte serioasă, în timp ce ceilalți nu realizează natura bolii lor. Autorii descriu la acești bolnavi o dispoziție anxioasă în 49% din cazuri, stare depresivă în 58% din cazuri, frică de moarte în 58% din cazuri, agresivitate în 39% din cazuri, labilitate afectivă în 27% din cazuri, tendințe paranoide în 25%, hipomanie în 12%, indiferență în 15%, exces de alcool și sedative în 9%. Este interesant că autorii nu găsesc la nici unul dintre pacienți idei de sinucidere. Bolnavul anxios se apără de această situație în care se află prin negarea maladiei sau prin transferul de culpabilitate. O serie de autori au propus pentru înlăturarea angoasei operația de leucotomie prefrontală.

Trebuie arătat, subliniază Haynal, că boala canceroasă din zilele noastre are caracter mitic, fiind înconjurat de un tabu și de credințe mai mult sau mai puțin eronate (nici nu se îndrăznește a i se pronunța numele). Pentru majoritatea indivizilor cancerul înseamnă insecuritate și moarte, durere, izolare, abandon și adesea chiar ideea că este o boală rușinoasă sau contagioasă.

Reacțiile individului vor fi și ele foarte variate și aceasta în funcție de personalitatea pacientului în a privi lucid boala sau în a nega existența bolii. De la început pacienții tind a vorbi mult de diagnosticul lor cu medicii, se acroșează de tot felul de semne de bun augur și, treptat, speranța lor cedează și apare frica, moment când atât medicul, cât și bolnavul evită a vorbi de diagnostic. În acest moment cancerosul, arată Haynal, începe să evolueze spre resemnare și pasivitate, frica sa principală fiind aceea de a nu fi abandonat. Acest lucru devine chiar mai dificil decât moartea. Currier, Denver arată că reacția pacientului și familiei în timpul bolii este reacția persoanei care știe că suferă de o boală fatală, cancerul fiind o catastrofă emoțională. Bolnavii, așa cum am mai arătat, trec prin mai multe faze după reacția emotivă inițială. Aceste faze ar fi: anxietatea, depresia, ostilitatea, reacția de culpabilitate, reacția ipocondrică, reacția compulsiv-obsesivă, reacția paranoid-reactivă. În acest sens Laxenaire și colab. arată că personalitatea premorbidă a bolnavilor are un mare rol. Astfel, un anxios găsește în boală un mijloc de a reactiva angoasa, un narcizic, o lezare a amorului propriu, un psihastenic se abandonează pasivității și regresiei.

Tot Laxenaire și colab. descriu trei etape prin care trece un bolnav canceros:

1. Etapa în care bolnavul este mai mult sau mai puțin informat asupra diagnosticului, ia un tratament cu pretenții radicale, întorcându-se la ocupațiile sale anterioare. De obicei el crede că suferă de ceva benign.
2. Dacă vindecarea nu s-a produs, bolnavul intră într-un „interval liber“ de câteva luni sau ani, când se aplică tratamentul chirurgical sau radioterapic, fiind vorba de o boală cronică, cu caracter incert. Activitatea bolnavului este periodic întreruptă de spitalizări, de fiecare dată bolnavul fiind mai anxios sau mai depresiv.
3. O a treia fază survine după mai mult timp de evoluție, cu efect irevocabil, remisiuni foarte mici, regresii sociale și fizică completă. Este faza în care și medicul și bolnavul nu se mai îndoiesc de rezultate.

Cu excepția rapidității bolii, toate aceste faze ale cancerului nu se deosebesc de evoluția altor boli cronice (diabet, hipertensiune arterială etc.). Autorii se întreabă de ce ideea de cancer este atunci așa de îngrozitoare. Răspunsul este următorul: tumorile neoplazice fac parte din marile calamități ale secolului, așa cum odinioară era holera sau ciuma.

Atît medici cît și anturajul bolnavilor manifestă și ei o angoasă foarte mare cînd vin în contact cu bolnavul canceros. Reacția care apare la personalul de îngrijire duce la evitarea bolnavului, rărirea vizitelor, atitudine evazionistă atunci cînd bolnavul pune întrebări. După Balint o atitudine adecvată se poate rezuma în trei poziții:

1. Întîlnirea cu boala canceroasă, în care trebuie explorat ce vrea pacientul să știe;
2. Abandonul repetat și frica permanentă a bolnavilor de a fi abandonați;
3. Adoptarea unei poziții comune față de bolnav din partea tuturor celor care participă la îngrijirea bolnavului canceros.

În privința atitudinii medicilor față de bolnavii canceroși există două tendințe. Una este aceea de a spune bolnavului natura și prognosticul bolii, recunoscînd limitele ajutorului medical. O altă poziție este aceea de a ascunde bolnavului cît mai mult posibil boala de care suferă, menținîndu-i mereu trează speranța vindecării. Este recomandabil cel puțin a nu transmite bolnavului îndoielile medicului. Ambele poziții se sprijină pe argumente solide și demne de luat în considerație. La noi în țară poziția majorității medicilor este de a ascunde cît mai mult realitatea bolii de care suferă bolnavii și de a acorda astfel maximum de protecție pacientului. Totuși, în acest context organizarea unor servicii de oncologie profilate tinde a se abate în practică de la acest percept. Organizarea de servicii de oncologie justificată din punct de vedere al posibilităților de cercetare și specializare nu are, după părerea noastră, nici o justificare din punct de vedere psihologic, ci din contra. Aceste secții devin, după părerea noastră, adevărate secții de suferință psihologică, lucru care nu este egalat de rezultatele pe care ele le obțin. Dacă ar fi totuși ca aceste secții să aibă o rațiune, ele ar trebui organizate de maniera cerută de noua disciplină care pare a se forma astăzi — tana-tologia — și în care principala problemă care se pune este de a ajuta persoanele a căror speranță de viață este mică sau chiar pentru a asigura, așa cum se exprimă unii autori, un „sfîrșit demn“. În alte privințe funcțiile terapeutice ale serviciilor de oncologie pot fi suplinite cu succes de către clinicile de medicină internă, în a căror personal psihologii și psihiatrii își vor face tot mai mult loc. Caracterul iatrogen al serviciilor de oncologie apare pregnant la pacienții al căror

diagnostic de cancer a fost infirmat și care au trecut prin adevărate crize de teroare vizitând asemenea servicii.

Unii autori socot că bolnavii canceroși au același comportament psihologic ca și în cancerofobie. După depășirea primului șoc bolnavii se pot obișnui cu ideea de a fi canceroși. Conștiința bolii se poate manifesta printr-un comportament autist, cu izolare, refuz de a vedea oameni, refuz de tratament, în faza finală negarea bolii. Adaptarea la maladie se face în funcție de anturajul bolnavilor, de mediul lor social. Bentz arată că familia are un rol foarte important. Astfel, un soț supraprotector accentuează regresivitatea afectivă a bolnavului, care este incitat la pasivitate și la un abandonism nefast pentru vindecare. Alteori ideea de cancer în familie duce la îndepărtarea bolnavului, din cauza ideilor de contagiozitate. În cazuri favorabile atât familia, cât și bolnavul acceptă boala, familia devenind pentru bolnav un loc mic și securizant.

Vorbind de importanța unor studii psihosomatice în boala canceroasă, Bentz pune problema dacă există un teren precanceros din punct de vedere psihologic. Astfel Goldfarb (cit. de Bentz) a stabilit un profil psihologic pentru bolnavul canceros: dominație de către mamă, imaturitate, blocajul ostilității, imposibilitatea de a suporta o pierdere de obiect, sentimentul „preneoplazic“, descurajarea, neputința, disperarea. Unii psihosomaticieni vorbesc de „nosofobia premorbidă“ caracterizată prin frica de boală și impresia că îi resimte simptomele, ceea ce de multe ori se va confirma. S-a vorbit, de asemenea, de rolul traumatismelor afective. După Haynal cancerosul ar fi fost o personalitate sociabilă și candidă, dar în realitate inhibat și cu tendințe depresive, în timp ce Dunbar îl vede cooperant, căutând să placă, anxios și sensibil. Shan aranjează femeile canceroase în 4 grupe (văduve, divorțate, măritate, celibatate) și consideră că morbiditatea canceroasă la femei ar ține cont de această ordine. S-a studiat, de asemenea, personalitatea bolnavilor cu cancer pulmonar și s-a constatat un nevrotism inferior, ceea ce arată că personalitatea acestor bolnavi metabolizează conflictul nevrotic în structura caracterială și nu sub forma tulburărilor nevrotice patente (Shan, Leshau). Adesea la acești bolnavi se găsesc sentimente de disperare sau renunțare, iar Leshau consideră depresiunea din cancer în sensul existențial al termenului mai puternic decât în melancoliile cele mai grave.

În ceea ce privesc tulburările psihice propriu-zis, în cancer se descriu sindroame confuzionale, alteori instalarea unor stări dementiale de la început. Uneori starea dementială este urmată de cea confuzională. Aceste sindroame sînt descrise de autori în cadrul sindromului carcinomatox „toxic“, avînd ca mecanism de producere tulburările metabolice, produşii toxici, reacţiile alergice, carenţiale, fenomene capabile de a produce edemul cerebral. Din punct de vedere anatomo-patologic s-au pus în evidenţă leziuni degenerative în sistemul nervos central şi în special, în cerebel.

Uneori fenomenele psihice din cadrul bolii canceroase pot apare cu luni de zile înaintea diagnosticului clinic. Jeri, pe 252 cazuri cu cancer bronşic, găseşte 9 cazuri care au debutat cu simptome psihice. Au fost observate tablouri psihotice, pseudonevrotice sau confuzionale subacute. În 5 cazuri tulburările psihice erau asociate cu metastaze subtenctoriale. Foarte frecvent autorul a observat deliruri subacute, care au fost precedate de tulburări pseudonevrotice. Autorul atrage atenţia că la bătrîni şi bărbaţi, care prezintă un delir subacut, să ne gîndim ca posibilitate şi la existenţa unui cancer bronşic.

Confuzia mentală se manifestă prin oscilaţii ale stării de conştiinţă, cu reveniri la stări de luciditate. Stările confuzionale se pot asocia cu manifestări euforice şi de puerilism (Zulk şi Greenfield), delir, halucinaţii. Henson, pe 1 073 canceroşi, găseşte 3 cazuri de euforie şi demenţă, iar într-un caz demenţa asociată cu elemente polinevritice. În afara acestor tulburări, mai frecvente s-au mai citat şi modificări ale dispoziţiei, astenie marcată precum şi unele cazuri şi modificări ale personalităţii. Laxenaire şi colab. pe 80 de bolnavi cu cancer constată că anxietatea domină psihicul la toţi bolnavii. Este vorba mai degrabă de o anxietate latentă, surdă, personalitatea anterioară jucînd un rol foarte mare. Foarte rar bolnavii pronunţă termenul de cancer. De comun acord cu Balint, autorii arată că faţă de boală pacienţii au reacţionat astfel:

— Refulare (nu în sens psihanalitic), eul pacienţilor evitînd un adevăr penibil;

— Pseudoraţionalizarea, pacienţii scandalizîndu-se mai degrabă de lipsa de cauze a bolii, decît de boala însăşi;

— Gîndirea magică, boala apărînd ca un rău care se încadrează în atmosfera de culpabilitate;

— Sublimarea prin transformarea angoasei într-o serie de alte preocupări, mai ales religioase (uneori prin muncă enormă);

— Denegarea este sfîrșitul contului mecanismelor de apărare, individul constată și neagă în același timp realitatea. Este aici o orbire selectivă, cu fuga în imaginar care poate lua uneori aspectul schizofrenic.

În cancerul de pancreas s-au descris mai frecvent stări depresive, anxietate, tensiune, lucru observat și în cancerul altor organe digestive. Ramelli descrie două cazuri cu delir de persecuție, stări schizoide sau asemănătoare psihozelor ciclice.

În cancerele care afectează diferite organe cu rol metabolic activ apar tulburări psihice datorate și marilor perturbări de natură metabolică. Astfel, în cancerul pancreatic și hepatic, în sarcoamele fibromatoase mari pot apare crize hipoglicemice, cu manifestări convulsive, anxietate, transpirații. Fenomene asemănătoare se pot găsi și în feocromocitom, unde, așa cum am văzut, există o bogată simptomatologie. Prin invadarea diferitelor organe, cancerul poate provoca diferite insuficiențe organice, cum ar fi insuficiența hepatică, suprarenală, hipercalcemia, insuficiența hipofizară etc. În toate aceste cazuri apar și manifestări psihice legate de disfuncțiile acestor organe.

Problemele de diagnostic apar în mod deosebit atunci cînd fenomenele psihopatologice premarg simptoamelor somatice, singurele care pot da certitudinea unui diagnostic corect.

Aita în acest sens indică următoarele repere de diagnostic:

- Vîrsta peste 40 de ani;
- Suferință relativ recentă (sub cîteva luni, fără tare ereditare sau o cauză evidentă);
- Debut și evoluție rapide;
- VSH crescut, în 50% din cazuri;
- Absența edemului papilar multă vreme;
- Albuminorahie crescută, celule canceroase în LCR (ceea ce indică o invadare metastatică).

Cît privește EEG, tot Aita remarcă descărcări episodice de unde lente bilateral, activitate de bază alertată, theta frecvent, toate acestea denotă o cointeresare a sistemului nervos central și nu se pot exclude leziunile de atrofie sau însămințările metastatice. În alte cazuri diferite tulburări umorale ne poate indica, paralel cu tulburările psihice, organul care a fost probabil afectat.

Bibliografie selectivă

1. AITA J. A., *Manifestări neurologice în bolile generale*, Ed. Med., Buc., 1968.
2. ALEXANDER F., *La médecine psychosomatique*, P.U.F., Paris, 1960.
3. BONNETON A., *Médecine psychosomatique*, Maloine, Paris, 1964.
4. DELAY J., *Introduction à la médecine psychosomatique*, Masson, 1961.
5. GRINKER R., ROBINS F., *Cliniques psychosomatiques*, P.U.F., Paris, 1959.
6. HAYNAL A., PASINI W., *Abrégé de médecine psychosomatique*, Masson, Paris, 1978.
7. PĂUNESCU-PODEANU A., *Bolnavii dificili*, Ed. Med., Buc., 1973.
8. CUCU C. IOAN, *Psihiatria adolescentului*, Ed. Litera, Buc., 1979.
9. CUCU C. IOAN, *Psihologie medicală*, Ed. Litera, Buc., 1980.
10. CUCU C. IOAN, *Manifestări psihiatrice în clinica medicală*, Ed. Litera, Buc., 1977.
11. CUCU I., TH. PROCOPIU, RETEZEANU SANDA, *Aspecte clinice ale tulburărilor psihice în cardiopatii*, „Med. Int.”, 1969, nr. 1, p. 105.
12. CUCU C. IOAN, *Psychiatric aspects in uremia*, „Phronesis”, 1975, nr. 21.
13. CUCU I., THEIA PROCOPIU, RETEZEANU SANDA, *Aspecte clinice ale tulburărilor psihice în bolile renale*, „Med. Int.”, 1970, nr. 2.
14. CUCU I., CSÖGÖR ELISAB., *Contribuții privind importanța factorului psihic în astmul bronșic*, „Neurol” (Buc.), 1973, nr. 4.
15. CUCU I., COTORANU E., MĂGUREANU M., *Investigations related to psychopathological aspects in cardiac illness*, „Phronesis”, 1975, nr. 18.

16. CUCU I., COSTEA GABRIELA, *Psychiatric troubles in endocrine disorders*, „Phronesis“, 1977, nr. 33.
17. CUCU I., P. CORNEL, *Psychiatric aspects in blood diseases*, „Phronesis“, 1977, nr. 34.
18. CUCU I., RĂȘCANU R., CIOBANU GH., *Implicații teoretice și practice în abordarea nevrozelor și bolilor psihosomatice și Aspecte clinice psihologice în bolile cardiovasculare*, în vol. *Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei*, Ed. Junimea, Iași, 1976.
19. CUCU I., V. FILIP, *Illness models and psychiatry*, Internat. Symposium of Neurosciences, Phronesis II, Barcelona, 1979.
20. CUCU I., DUMITRESCU M., *Considerații asupra variabilității sezoniere a morbidității prin boli psihice*, „Spitalul“, 1968, nr. 4.
21. CUCU I., MĂGUREANU M., *Psihiatria și medicina generală*, „Rev. stud. referate și comunic. med.“, 1977, nr. 1.

Cuprins

INTRODUCERE	7
1 — Medicina psihosomatică: bazele teoretice, obiectiv, teritoriu	9
1. Definiție, noțiuni generale	9
2. Istoric	11
3. Problema relației psihoanaliză — medicină psihosomatică	18
4. Concepții destructive și nihiliste	20
5. Situația actuală a medicinei psihosomatice	23
2 — Conceptele teoretice ale medicinei psihosomatice	26
1. Experimente fundamentale care au stat la baza medicinei psihosomatice	27
2. Principalele teorii și postulate ale medicinei psihosomatice	29
Importanța emoției și a sistemului nervos vegetativ	31
Problema personalității în medicina psihosomatică	35
Problema localizării somatice	37
3. Multifactorialitatea în medicina psihosomatică. Importanța societății și a factorilor sociali	40
Importanța societății umane	40
Factorii sociali și importanța lor psihopatologică	41
Importanța factorilor ecologici și transculturali	51
3 — Concepția psihosomatică și practica medicală	59
1. Importanța concepției psihosomatice în practica medicală	59
2. Psihiatria și medicina generală	61
3. Tulburările somatice la bolnavii psihici	65
Tulburările somatice în nevroze	67
Tulburările somatice în psihoza maniacodepresivă	68
Tulburările somatice în schizofrenie	68
Tulburările somatice în alte boli psihice	69
Corelația TBC — bolile psihice	70
4 — Boala și reacția psihologică	72
1. Modelul psihosomatic de boală	73

2. Rolul factorilor psihologici în boală	74
Reacția psihologică legată de boală	76
Comportamentul în boală	78
Dependența și regresivitatea	79
Problema evaziunii	80
Exaltarea eu-lui	82
5 — Tratatamentul în bolile psihosomatice. Relația medic-pacient	83
1. Relația medic-bolnav	85
Etapile întâlnirii medic-pacient	87
Etapa terapeutică în medicina psihosomatică	89
Psihoterapia în bolile psihosomatice	91
Farmacoterapia în medicina psihosomatică	93
6 — Psihosomatica aparatului cardiovascular	96
1. Importanța aparatului cardiovascular în mecanismul psihosomatic și somatopsihic	96
2. Principalele boli psihosomatice	100
Tulburările cardiovasculare funcționale	100
Cardiopatia ischemică	102
Infarctul miocardic	103
Hipertensiunea arterială	107
Hipotensiunea arterială	113
Migrena	114
3. Alte boli ale aparatului cardiovascular	115
Stenoza mitrală	116
Insuficiența aortică	117
Operațiile pe inimă	118
Endocardita lentă	121
Cardiopatii congenitale	122
Epilepsia cardiacă	123
Insuficiența cardiacă	124
7 — Psihosomatica aparatului respirator	127
1. Principalele boli psihosomatice	128
Tulburări funcționale respiratorii	128
Astmul bronșic	130
2. Alte boli ale aparatului respirator	137
Pneumonia și bronhopneumonia	137
Tuberculoza pulmonară	138
Encefalopatia respiratorie	141
8. — Psihosomatica aparatului digestiv	142
1. Principalele boli psihosomatice	143
Simptome funcționale	143
Gastritele și ulcerul gastroduodenal	145

Tulburări psihice la gastrectomizați	150
Colitele	150
Bolile veziculei biliare	154
2. Alte boli ale aparatului digestiv	157
Hepatita epidemică	157
Hepatita cronică	158
Ciroza hepatică	158
Encefalopatia portală	160
Pancreatita acută	164
9 — Psihosomatica aparatului urogenital	166
1. Aparatul urinar	166
Enurezisul	167
Insuficiența renală (uremia)	169
Probleme psihologice în grefa renală și în dializă	176
2. Psihosomatica aparatului genital	179
Masturbația	182
Impotența, ejacularea precoce	183
Frigiditatea	184
Vaginismul	186
Dispareunia	186
Homosexualitatea	187
3. Psihosomatica obstetricală	188
Factorii biologici	191
Factorii psiho-sociali și existențiali	193
Date epidemiologice	195
Vîrsta apariției	195
Descrierea clinică	196
4. Tulburări psihice legate de perioada gravidității	196
5. Tulburări psihice post-partum	199
6. Tulburări psihice în perioada de lactație	201
7. Tulburări psihice post-abortum	202
8. Evoluția și prognosticul tulburărilor psihice legate de ma- ternitate	203
10 — Psihosomatica singelui și organelor hematopoetice	204
1. Anemiile	205
2. Leucemiile	207
3. Limfosarcomul	209
4. Boala lui Hadgkin	209
5. Mielomul	210
6. Policitemia	210
7. Sindroamele hemoragipare	211
8. Porfiriile	211
9. Porfirie acută intermitentă	213

11 — Psihosomatica glandelor endocrine	215
1. Bolile hipofizei	216
2. Bolile epifizei	219
3. Bolile tiroidei	219
4. Bolile glandelor paratiroide	222
5. Bolile timusului	224
6. Bolile glandelor suprarenale	225
7. Bolile pancreasului endocrin	227
Hiperiasulinismul	228
Diabetul zaharat	230
8. Bolile glandelor ovariene	232
9. Bolile glandelor testiculare	235
12 — Psihosomatica aparatului locomotor	236
1. Reumatismul	238
2. Poliartrita cronică evolutivă	239
Importanța factorilor emoționali	241
Alte tulburări psihice	243
Importanța mecanismului psihosomatic în PCE	243
13. — Psihosomatica bolilor cronice. Cancerul extracerebral	246
1. Cancerul extracerebral	249
Cancerul și psihicul	250
Tulburările psihice în cancer	255
Bibliografie selectivă	257